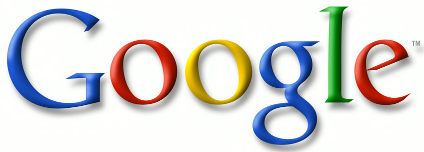


Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.



A. Gregor

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIK

Digitized by Google



LELAND · STANFORD · JVNIOR · VNIVERSITY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

132.1
G818

LEHRBUCH

DER

PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSTIK

VON

PRIVATDOZENT **DR. ADALBERT GREGOR**
OBERARZT AN DER KGL. HEILANSTALT DÖSEN-LEIPZIG

STANFORD LIBRARY



BERLIN 1914
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 15

Digitized by Google

229183

ALLE RECHTE, BESONDERS DAS DER ÜBERSETZUNG
IN FREMDE SPRACHEN VORBEHALTEN.

STANFORD LIBRARY

COPYRIGHT 1914 BY S. KARGER-BERLIN.

Digitized by Google

Herrn Geh. Medizinalrat

Dr. Georg Lehmann

gewidmet

Digitized by Google

Digitized by Google

Zur Einführung.

Das vorliegende Werk, mit dessen Veröffentlichung ich einer Aufforderung des Verlages entspreche, verfolgt einen praktischen Zweck: dem allgemein medizinisch gebildeten Studenten und Arzte als Leitfaden für die Erkennung und Bewertung abnormer psychischer Zustände zu dienen. Langjährige Tätigkeit an der Klinik, Vorlesungen über klinische und experimentelle Krankenuntersuchung, diagnostische Übungen und die Ausbildung jüngerer Arzte für die psychiatrische Tätigkeit lehrten mich die praktischen Bedürfnisse der Ärzte kennen, die ihre allgemeine Ausbildung durch psychiatrische Spezialkenntnisse erweitern wollen. Die Schwierigkeiten, welche Ärzten und Studierenden, die bereits Psychiatrie gehört, begegnen, sobald sie dem konkreten Falle gegenüberstehen und selbständig eine Diagnose zu stellen gezwungen sind, zeigten mir, daß tatsächlich das Bedürfnis besteht nach einer Einführung in die psychiatrische Diagnostik auf der Basis allgemein ärztlichen und psychologischen Wissens. Das Gefühl der Sicherheit wird nur dann entstehen können, wenn die spezielle Diagnose auf breiterer Unterlage aufgebaut wird. Mindestens ergibt sich dadurch auch eine Kritik für das eigene, nicht nach allen Richtungen gesicherte Urteil.

Das Buch will eine Anleitung geben, nach welchen Seiten die psychiatrische Untersuchung vorgenommen werden soll, dem Anfänger zur Einstellung auf abnorme psychische Phänomene verhelfen, und ihn lehren, sein allgemein medizinisches Wissen für psychiatrische Fragestellungen zu verwerten, objektive Befunde zu erheben, Ätiologie und Anamnese auszunützen. Es soll ihn auch mit der Tragweite der Zustandsuntersuchung bekannt machen und die Grenzen psychiatrischer Diagnostik zeigen.

Wir gehen dabei im allgemeinen Teile von der Darstellung der Krankenuntersuchung aus. Hier werden aus der Fülle patho-

Digitized by Google

logischer Erscheinungen jene zusammengestellt und an allgemein medizinisches und psychologisches Wissen anknüpfend besprochen, welche diagnostische Bedeutung beanspruchen können. Die damit gebotene Skizze wird keineswegs allen Nuancen pathologischer Seelenphänomene gerecht. Sie genügt aber wohl dazu, in das psychiatrische Denken einzuführen, über psychische Anomalien zu orientieren und zur Erkennung der typischen Psychosen anzuleiten. Im besonderen Teile wird der in der Krankenuntersuchung ausgeführte diagnostische Gang an den wichtigsten Krankheitsgruppen durchgeführt.

Für die Durchsicht des Manuskriptes sowie für wertvolle Winke bezüglich Inhalt und Form bin ich meinem Freunde Dr. Hans Roemer in Illenau zu wärmstem Danke verpflichtet.

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Digitized by Google

Anhang.

Zweiter Teil.

Digitized by Google

Digitized by Google

Anhang.

Digitized by Google

Erster Teil.

Allgemeine Diagnostik.

Dieser Teil befaßt sich mit der Sammlung und Wertung des Materiales, welches für die Erkennung der Krankheitsform in Betracht kommt. Dabei ist außer der speziellen Diagnose die individuelle Stellung des Falles mit Rücksicht auf die prognostische Beurteilung und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen im Auge zu behalten.

Maßgebend in jeder Hinsicht ist die objektive psychische Untersuchung, die auf den Nachweis pathologischer Phänomene ausgeht. Der praktische Zweck, zu dem wir uns mit den Seelenerscheinungen Kranker befassen, bringt es mit sich, daß wir uns in der Darstellung nicht auf wissenschaftlich abgeschlossene Begriffe beschränken können, wir haben dabei vielmehr auch mit Erfahrungen und Tatbeständen zu arbeiten, die derart kompliziert sind, daß ihre wissenschaftliche Auflösung noch nicht durchgeführt wurde. Weiter zwingt uns das praktische Bedürfnis, psychologisch nicht ganz gerechtfertigte Abgrenzungen zu treffen, komplexe Seelenerscheinungen aus dem Zusammenhange zu lösen und als isolierte Gebilde zu betrachten, während sie wissenschaftlich nur in dem gesamten psychischen Zusammenhange begreiflich sind. Doch erscheint die didaktische Aufgabe kaum anders lösbar, weil die für die Diagnose wichtigen pathologischen Phänomene erst einmal in charakteristischer Ausprägung erfaßt werden müssen, um später in der Nuance, welche die besondere Krankheitsform bedingt, wiedererkannt zu werden.

Die psychische Untersuchung findet wichtige und zuweilen entscheidende Stützpunkte in der Anamnese und im somatischen Befunde, der insbesondere bedeutsame Aufschlüsse über die Entstehung der Krankheit und damit Gesichtspunkte

Digitized by Google

für die ätiologische Diagnose liefern kann. Danach ergibt sich für die weitere Darstellung nachstehende Gliederung:

A. Psychische Untersuchung,
B. Körperlicher Befund,
C. Anamnese,
D. Ätiologische Übersicht der Psychosen.

Der Anhang bringt die Krankenuntersuchung zu forensisch-psychiatrischen Zwecken. Ein allgemeines Untersuchungsschema und eine Zusammenstellung von Tests zur Gedächtnis- und Intelligenzprüfung sind dem Buche angefügt.

A. Psychische Untersuchung.

Diese hat über Vorhandensein jener Phänomene zu entscheiden, die Merkmale psychotischer Zustände oder psychopathischer Artung sind. Sie hat ferner den quantitativ fixierbaren Abweichungen psychischer Funktionen nachzugehen und sich dabei zum Zwecke objektiver Feststellung insbesondere mit jenen zu befassen, welche einer exakten Messung zugänglich sind, nämlich den intellektuellen Leistungen.

I. Der Aspekt.

Die Untersuchung eines Individuums auf seinen geistigen Zustand geht von der Fixierung des äußeren Eindruckes aus, wobei die Aufmerksamkeit insbesondere auf jene Merkmale eingestellt ist, welche Ausdrucksformen seelischer Zustände bilden. Wenn der Aspekt dem Mindererfahrenen natürlich auch noch recht wenig zu sagen hat, so bildet es eben eine wichtige Aufgabe, diese Betrachtungsweise zu üben und zu vervollkommnen, und dies ist um so dringender zu empfehlen, als in manchen Fällen der Zustand des Patienten oder die äußeren Umstände keine weitere Untersuchung zulassen.

Im folgenden sei auf jene Seiten des Aspektes hingewiesen, welche eine relativ einfache Beurteilung gestatten.

1. Gesichtsausdruck. Wir finden den Gesichtsausdruck gedrückt, weinerlich, traurig in melancholischen, euphorisch strahlend in manischen Zustandsbildern; ratlos ängstlich bei der Verwirrtheit, maskenartig starr oder fratzenhaft verzogen bzw. grimassierend (Schnauzkrampf) bei der Katatonie, hochmütig bei

Digitized by Google

megalomanischen Individuen, gemütlich-heiter bei Alkoholikern, stumpf und geistlos bei Dementen. Vielfach wird der Gesichtsausdruck auch durch neurologische Veränderungen beherrscht, welche zu wichtigen Schlüssen auf zentrale Störungen führen, wie Lähmungen von Augenmuskeln oder Paresen in der Gesichtsmuskulatur.

2. Körperhaltung. Wir registrieren dabei, ob diese aufrecht, gebeugt, verzerrt, in abnormen Stellungen gebunden oder affektiert ist.

3. Gang. Dieser ermöglicht zunächst, neurologisch wichtige Befunde zu erheben. Erwähnt sei nur die spastische, taumelnde, schleppende, ataktische Gangform, die auch für die psychiatrische Beurteilung Bedeutung gewinnen kann. Ferner finden besondere psychische Zustandsbilder in charakteristischen Gangarten ihren Ausdruck; Depressive schreiten mit kleinen, zaghaften Schritten vorwärts, Ängstliche trippeln oft ziellos herum, Megalomane schreiten mit übertriebener Sicherheit einher. Der Gang von Katatonikern ist zuweilen steif, gebunden oder verzerrt, bei Hebephrenen geziert. Dasselbe gilt von den übrigen spontanen Bewegungen der Kranken.

4. Äußeres Verhalten. Dieses ist bei Individuen, welche zur Auffassung der Umgebung gelangen, also luzide sind, durch die Situation beeinflußt. Ein angemessenes taktvolles Benehmen beweist gemütliche Ansprechbarkeit, stärker demente Individuen lassen sich gehen und zeigen ungeniertes, rücksichtsloses Verhalten. Charakteristisch ist beim Manischen die ausgelassene Anknüpfung an Einzelheiten der Umgebung, beim Paranoiker das mißtrauische, drohende oder selbstbewußt überlegene Benehmen, beim Alkoholdementen der jovial-kordiale Verkehrston.

Für die weitere Verwertung der im Aspekt gegebenen Merkmale ist zu beachten, daß wir durch sie bestenfalls bloß zur Feststellung von Symptomen kommen, und daß wir dabei vielfach subjektive, in bestimmtem Sinne gedeutete Wahrnehmungen oder Eindrücke gewinnen, die durch die objektive Untersuchung zu kontrollieren und zu ergänzen sind. Selbst der Erfahrene kann durch den Aspekt nur zu einer vorläufigen Diagnose gelangen, sie wird ihm aber unter Umständen auch insofern dienlich sein, als sie ähnlich wie die Anamnese den Gang der objektiven Untersuchung bestimmt.

Digitized by Google

II. Bewußtseinszustand.

Die Aufnahme des psychischen Status beginnt mit der Charakteristik des allgemeinen Bewußtseinszustandes. Wir haben es dabei mit einem psychiatrischen und nicht mit einem psychologischen Begriff zu tun: wir verstehen darunter den Ablauf derjenigen psychischen Funktionen, welche der Auffassung und Verarbeitung von Eindrücken der Außenwelt dienen. In erster Linie kommt es auf Wahrnehmungsprozesse an, doch sind auch die sich daran schließenden elementaren Denk- und Urteilsfunktionen in Betracht zu ziehen. Die Beantwortung der uns hier beschäftigenden Frage geht am besten von der Beurteilung der Klarheit und Deutlichkeit der Auffassung aus.

Eine pathologische Abänderung dieser Funktion zeigt jener Zustand, der als Benommenheit oder Somnolenz bezeichnet wird. Ein ähnliches Verhalten des Normalen ist in der Schläfrigkeit gegeben, dabei steigt bekanntlich die Reizschwelle, die äußeren Eindrücke gelangen nicht in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit, werden unscharf, unklar, verschwommen und finden keinerlei nachhaltigen assoziativen Widerhall; illusorische Mißdeutung der empfundenen Reize tritt auf, traumhafte Vorstellungen mengen sich der Auffassung der Umgebung bei. Von der normalen Schläfrigkeit unterscheidet sich die pathologische Somnolenz dadurch, daß zu ihrer Durchbrechung stärkere Reize erforderlich sind und daß nach deren Abklingen meist der frühere Zustand wieder eintritt. Tatsächlich bilden auch die Stärke der zur Erweckung des Bewußtseins erforderlichen Reize, ferner die Dauer der Bewußtseinstrübung die einzigen Merkmale, welche zur Bestimmung der Tiefe der Somnolenz verwendbar sind.

Nur graduell verschieden von der Somnolenz ist der klinisch als Sopor bezeichnete Zustand. Wir verstehen darunter eine durch äußere Reize nur schwer und für kurze Zeit zu beseitigende Benommenheit. Eine weitere Steigerung des pathologischen Phänomens führt zum Koma, womit das vollständige Erlöschen geistiger Tätigkeit (die Aufhebung des Bewußtseins) bezeichnet wird. Außer der Intensität der Bewußtseinsstörung ist auch die lange Dauer derselben für das Koma charakteristisch und hierdurch unterscheidet es sich von gewissen schweren aber vorübergehenden Ausfällen des Bewußtseins („Eklipsen“), die z. B. bei der Epilepsie zu beobachten sind.

Digitized by Google

Eine Verwirrung in der zur Charakteristik des Bewußtseinszustandes verwendeten Terminologie wird durch den Gebrauch des Begriffes „Stupor" hervorgerufen; dieser bezeichnet lediglich eine bestimmte Art motorischen Verhaltens, sagt jedoch über die Art und den Ablauf von psychischen Funktionen nichts aus.

Nach dem Gesagten dürfte der Untersuchung des Bewußtseinszustandes nur die Feststellung leichterer Veränderungen Schwierigkeiten bereiten. Tiefere Störungen ergeben sich ohne weiteres aus dem allgemeinen spontanen und reaktiven Verhalten der Kranken auf einfache Fragen über Personalien usw. Leichtere Grade von Bewußtseinstrübungen, die sich z. B. bei epileptischen Dämmerzuständen sehr wohl mit scheinbar geordnetem und planmäßigem Verhalten verbinden können, lassen sich häufig erst im weiteren Verlaufe der psychischen Untersuchung (Feststellung der Orientiertheit, Auffassung komplizierterer Reize usw.) eruieren.

III. Orientierung.

An die Untersuchung des Bewußtseinszustandes empfiehlt es sich, die Prüfung der Orientierung anzuschließen. Man geht dabei in der Weise vor, daß das Individuum über Ort, Tageszeit, Datum, seine Stellung zur Außenwelt usw. gefragt wird. Für die Abgrenzung des Symptomes räumlicher oder zeitlicher Desorientierung waren nicht psychologische, sondern praktisch-klinische Motive maßgebend. Voraussetzung für eine richtige Orientierung bilden nachstehende Faktoren: 1. Auffassung einfacher Objekte und Vorgänge. 2. Interesse für äußere Eindrücke. 3. Gedächtnis. Mit der Frage nach der Orientierung prüfen wir also eine Reihe an sich bereits komplizierter Phänomene, und es darf daher nicht wundernehmen, daß Störungen der Orientierung bei heterogenen Krankheitsprozessen zu finden sind; doch bereitet es meist keine Schwierigkeit, die beobachtete Störung zu analysieren und im besonderen Falle die Gründe der Desorientierung festzustellen. Unter Berücksichtigung der drei Faktoren, welche richtige Orientierung bedingen, gelangt man zur Abgrenzung der sekundären Orientierungsstörung von der primären, welche durch Anomalien der Auffassung und Verarbeitung der durch die nächste Umgebung gebotenen Reize bedingt ist. Eine derartige Orientierungsstörung wird als Verwirrtheit bezeichnet, sie stellt ein wichtiges Symptom akuter Geistesstörungen vor und ist meist

Digitized by Google

von einem sehr charakteristischen abnormen Gefühlszustand, nämlich dem der Ratlosigkeit, begleitet, welche als Reaktion der Psyche auf die Selbstwahrnehmung der Störung einfacher und geläufiger psychischer Prozesse aufzufassen ist.

IV. Sinnestäuschungen.

Die Feststellung von Halluzinationen ist für die Untersuchung von größter Bedeutung, weil damit der Nachweis erbracht ist, daß sichere psychische Anomalien vorliegen und die Diagnose einer Geisteskrankheit eine festere Basis erhält. Allerdings ist bei der Erhebung dieses Befundes besondere Sorgfalt erforderlich, um zu vermeiden, daß psychische Erscheinungen, die auch bei Normalen auftreten können, als Halluzinationen angesprochen werden, wie etwa hypnagoge Trugwahrnehmungen, gewisse Arten von Illusionen, Produkte lebhafter Phantasie oder intensive Vorstellungen. Im besonderen Falle kann durch Simulationsabsichten des Untersuchten die irrtümliche Annahme von Halluzinationen gefördert werden.

Bei der Untersuchung auf Halluzinationen ist zu berücksichtigen, daß die bezüglichen Fragen von Ungebildeten vielfach mißverstanden werden, ferner, daß manche Kranke ungern von ihren Halluzinationen reden, oder sie sogar zu verheimlichen suchen. Darum setzt die Exploration bereits gewisse Kenntnisse vom Wesen der Halluzination voraus. Wir können als Halluzinationen Wahrnehmungen, denen kein äußerer Reiz entspricht, definieren. Die Feststellung von Halluzinationen muß nach beiden Richtungen Sicherheit anstreben, 1. daß es sich tatsächlich um Wahrnehmungen handelt, also Eindrücke von sinnlicher Lebhaftigkeit bestehen, 2. daß diesen Wahrnehmungen kein Reiz zugrunde liegt. Mit der Bejahung der Frage „Hören Sie Stimmen, sehen Sie Gestalten?“ ist bei Ungebildeten das Vorhandensein von Halluzinationen noch nicht entschieden. Derartige Individuen glauben vielfach, daß sie lediglich danach gefragt wurden, ob sie überhaupt hören oder sehen. Aus diesem Grunde ist eine genauere Verständigung erforderlich, welche dem Bildungsgrade des Individuums entsprechen muß.

Bei der Untersuchung ist besonders zu berücksichtigen, daß die Bedeutung der Halluzination als pathologisches Symptom allgemein bekannt ist und Individuen, die simulieren oder

Digitized by Google

aggravieren oft über Halluzinationen klagen oder den Eindruck von Halluzinanten zu machen suchen. Beim Verdachte auf Simulation sind hier wie bei allen anderen Symptomen, bei denen Simulation in Frage kommt, für die Untersuchung nachstehende Grundsätze maßgebend:

1. Nicht direkt nach dem Symptom zu fragen, sondern den Untersuchten selbst referieren zu lassen.

2. Alles zu vermeiden, was den Anschein erwecken könnte, daß man diesem Phänomen besondere Bedeutung beimißt.

3. Die Sicherheit, daß Simulation oder Aggravation vorliegt, wird dadurch gewonnen, daß man dem Untersuchten irgendeinen mit dem geklagten Symptom widersprechenden Zug als selbstverständlich nahelegt.

Häufiger noch als Simulation von Halluzinationen findet sich bei Kranken ihre Dissimulation. Die Angabe von Sinnestäuschungen seitens des Patienten hat deshalb bei einmaliger Untersuchung in der diagnostischen Überlegung unter allen Umständen größeres Gewicht als die Negation. Häufig läßt sich bei der ersten Untersuchung das Bestehen von Halluzinationen nicht mit Sicherheit ausschließen, eine Erfahrung, die dem Anfänger meist unbekannt ist. In der Regel läßt sich aber bei einer längeren Beobachtung auch bei unzugänglichen Halluzinanten die Diagnose der Sinnestäuschungen aus dem ganzen Verhalten (Greifen nach Visionen, horchende Stellung, Schimpfen mit den „Stimmen“ usw.) feststellen.

Ist das Bestehen von Halluzinationen bewiesen, so müssen im einzelnen folgende Punkte klargestellt werden.

1. Auf welchem Sinnesgebiet wird halluziniert? Liegen Halluzinationen des Gesichts-, Gehörs- und Geschmacks-Sinnes, kinästhetische Halluzinationen vor, sind die Halluzinationen einfach oder kombiniert, etwa in dem Sinne, daß Halluzinationen von verschiedenen Sinnesgebieten zu komplizierten Trugwahrnehmungen eventuell zu halluzinatorischen Situationsbildern zusammentreten.

2. Welchen Charakter haben die Halluzinationen hinsichtlich der Intensität und des Gefühlstones? Ist ihrem Inhalte und der Form des Auftretens ein phantastischer Zug beigemengt?

3. Unter welchen äußeren Umständen treten Halluzinationen auf? Bekannt ist, daß in einer Reihe von Fällen Hallu-

Digitized by Google

zinationen insbesondere bei Mangel äußerer Eindrücke, z. B. in der Dunkelheit, auftreten; scheinbar im Gegensatz dazu stehen jene Fälle, wo äußere Reize das Auftreten von Halluzinationen begünstigen. Psychologisch liegt in beiden Fällen der gleiche Tatbestand vor. In der Dunkelheit wird die Aufmerksamkeit stärker konzentriert, die Abwesenheit von Reizen ist hier eine nur relative. Schwache Eindrücke treten mehr in den Vordergrund. Derartige Erfahrungen sind insbesondere in abklingenden Phasen diagnostisch auszunützen; man kann z. B. Deliranten, die spontan nicht mehr halluzinieren, auf diese Weise noch dazu veranlassen. Seltener vermögen Reize anderer Qualität diesen Effekt zu bewirken, man spricht dann von Reflexhalluzinationen; so wenn etwa Druck- oder Schmerzreize optische oder akustische Halluzinationen auslösen.

4. Nach der Erfahrung, daß anatomische Veränderungen am Sinnesapparat oder an der Reizleitung zur Entstehung von Halluzinationen Anlaß geben, ist in jedem Falle auch auf den Zustand des Perzeptionsorgans Rücksicht zu nehmen und eine genauere otiatrische oder okulistische Untersuchung zu veranlassen. Auf diese Weise sind Direktiven zu einer kausalen Therapie zu gewinnen, die manchmal mit Erfolg versucht wurde.

5. Weitere Fragen betreffen spezielle psychopathologische und psychiatrische Gesichtspunkte. So die nach der Auffassung der Halluzinationen seitens des Kranken, ob sie als Ergänzung bzw. sinnliche Projektion seiner Vorstellungen (Gedankenlautwerden, Doppeldenken) oder als fremder Zwang bzw. feindliche Beeinflussung empfunden werden.

6. Endlich ist die Stellung dieses Symptoms im psychischen Leben und im Krankheitsbilde des Patienten zu erörtern, hierher gehört insbesondere die Beziehung der Halluzinationen zum affektiven Leben. Zunächst ist festzustellen, ob ein Individuum auf seine Halluzinationen in adäquater Weise reagiert oder von ihnen unberührt bleibt, ihnen etwa apathisch gegenübersteht. Außerdem ist unabhängig von den Angaben und von der Deutung des Patienten die Frage zu erörtern, ob sich zwischen dem Inhalte der Halluzinationen und sonstigen etwa gefühlsbetonten Vorstellungskomplexen des erkrankten Individuums Beziehungen aufweisen lassen. Untersuchungen dieser Art haben ergeben, daß die Halluzinationen vielfach auch ohne Wissen der Patienten

Digitized by Google

mit ihren Wünschen zusammenhängen; so hörte eine meiner Patientinnen, die dringend ihre Entlassung wünschte, telephonische Mitteilungen, die die Notwendigkeit ihrer Gegenwart zu Hause dartaten. Bleuler[1]) erwähnt einen Fall, in dem eine Patientin Personen, die sie durch irgendeine Kleinigkeit ärgerten, sofort mit dem Leichenwagen fortgeführt sah. Eine Patientin, die in der Anstalt geboren hatte, aber das Kind nicht stillen konnte, hörte die Stimme sagen, es habe die ganze Nacht bei ihr getrunken. Wie Wünsche finden auch affektive Erregungen anderer Art in Halluzinationen ihren Ausdruck. So beklagte sich eine Trinkerin meiner Beobachtung, die den Potus auf keinen Fall zugeben wollte und behauptete, stets nur Kaffee usw. getrunken zu haben, daß die Stimmen sie „besoffenes Schwein" schimpften. In derartigen Fällen liegt die Beziehung zu anderen psychischen Prozessen (Komplexen) klar zutage, doch ist die Tragweite derartiger Erfahrungen nicht zu überschätzen, insbesondere muß man sich davor hüten, Halluzinationen in jedem Falle in der gleichen Weise deuten zu wollen und dabei auf komplizierte Mechanismen zu rekurrieren.

Der Nachweis von Halluzinationen ist nicht nur für die Feststellung einer bestehenden Geisteskrankheit überhaupt, sondern auch für die Diagnose bestimmter Psychosenformen von Bedeutung. Fürs erste sind Halluzinationen bei manchen Geistesstörungen häufiger als bei anderen zu beobachten, zweitens sind einzelne Psychosen geradezu durch spezifische Halluzinationen ausgezeichnet. Allerdings ist in letzterer Hinsicht Vorsicht am Platz und wir dürfen nie weitergehen als die besondere Art der Halluzination für einen mehr oder weniger gewichtigen Anhaltspunkt zur Diagnose aufzufassen. Mit diesem Vorbehalte können Tiervisionen (das Sehen von Vögeln, Ratten, Mäusen), Tasthalluzinationen, die Empfindung von Ungeziefer am Körper als charakteristisch für das Delirium tremens angesehen werden, Halluzinationen von körperlichen Empfindungen für die Dementia praecox, phantastische Halluzinationen (Visionen von Totenköpfen, Leichenwagen usw.) für Hysterie; das Sehen von schwarzen Männern wird in ganz stereotyper Weise in epileptischen Dämmerzuständen festgestellt.

---

[1]) Bleuler, E., Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. 1911.

Digitized by Google

Von Halluzinationen nur graduell verschieden sind Illusionen, bei denen es sich um Verkennung eines äußeren Reizes handelt. Die Erfahrung, daß auch bei normalen Individuen bis zu einem gewissen Grade Illusionen vorkommen, indem unvollkommene Eindrücke zu komplexen Wahrnehmungen ergänzt werden, wodurch unter bestimmten Bedingungen, wie Herabsetzung der Aufmerksamkeit, Affekteinflüsse, verzerrte Bilder der Außenwelt entstehen, gibt kaum je zu diagnostischen Irrungen Anlaß, da bei Kenntnis des Tatbestandes die normalen Grenzen immer gezogen werden können.

Als Pseudohalluzinationen wurden selten zu beobachtende Phänomene beschrieben; es handelt sich dabei um Vorstellungen von größerer Lebhaftigkeit, die aber doch keine sinnliche Deutlichkeit wie die Halluzinationen gewinnen.

V. Wahnideen.

Die Feststellung dieses Symptomes bildet einen weiteren wesentlichen Fortschritt im Untersuchungsgang, weil ihr Nachweis unmittelbar vor die Diagnose einer geistigen Erkrankung führt. Bei der Tragweite, die auf diese Weise der Feststellung von Wahnideen zukommt, muß der Untersucher mit Sicherheit vorgehen können. Dies ist aber nur bei einer präzisen Kenntnis des Begriffes möglich. Festgewurzelte Vorurteile, beschränkte religiöse Überzeugungen, Aberglauben, Zwangsvorstellungen, überwertige Ideen können unter Umständen auf den weniger Erfahrenen den Eindruck von Wahnideen machen. Mit allen diesen psychischen Erscheinungen stimmen die Wahnideen darin überein, daß sie falsche Urteile vorstellen. Vom Aberglauben usw. unterscheiden sie sich dadurch, daß dieser aus allgemein menschlichen Anlagen und dem Stande der Kultur begreiflich ist, während der Wahn eine von der Natur abweichende krankhafte Verarbeitung von Vorstellungen ist. Im Merkmale des Krankhaften berührt er sich mit der Zwangsvorstellung, der Unterschied liegt hier aber darin, daß diese von ihrem Träger als etwas Fremdes empfunden wird, das im Gegensatz zum eigenen Denken steht, während der Wahn in der Regel in äußerer Übereinstimmung mit der übrigen Vorstellungswelt auftritt und seinem Träger als etwas ganz Natürliches erscheint. Mit den überwertigen Vorstellungen berührt sich der Wahn in dem Einfluß,

Digitized by Google

der beiden auf psychische Vorgänge zukommt, doch sind überwertige Vorstellungen nicht immer krankhaft. Mit dem Begriff überwertig wird ein Merkmal hervorgehoben, das sowohl normale wie pathologische Vorstellungen besitzen können. Wir dürfen somit die Wahnideen als krankhaft bedingte falsche Urteile definieren, die für ihren Träger mit den übrigen geistigen Prozessen in natürlichem Zusammenhang zu stehen scheinen und denen objektiv darin ein übermäßig starkes Gewicht zukommt.

Eine Direktive für die Feststellung von Wahnideen ist der Untersuchung dadurch gegeben, daß diese stets das Ich, seine wesentlichen Interessen und seine Beziehungen zur Außenwelt betreffen; damit ist auch gesagt, daß die Wahnideen in einem engen Verhältnis zum Gefühlsleben des Kranken stehen. Am deutlichsten tritt dies in jenen Fällen zutage, in denen eine direkte Abhängigkeit der Wahnvorstellungen von Affekten nachgewiesen werden kann. Dabei handelt es sich um einen ins Pathologische gesteigerten Einfluß von Affekten auf das Denken und Urteilen. Trübe Stimmungen geben schon beim Normalen zu einseitigen Urteilen Anlaß und fördern das Auftreten depressiver Vorstellungen; heitere Stimmungen verändern das Weltbild, mehr aber noch die subjektive Einschätzung der eigenen Person und ihrer Beziehungen zur Außenwelt in entgegengesetzter Richtung. Wird nun ein Gefühlszustand exzessiv gesteigert gedacht, wie es bei gewissen Geistesstörungen tatsächlich der Fall ist, dann resultiert auch eine entsprechend starke, wahnhafte Urteilstäuschung. Nach der depressiven Richtung kommen wir zum Kleinheitswahn und zur Selbstbeschuldigung der Melancholiker, die sich für unwürdig, sündig, an allen Übeln schuldig ansehen und das entsprechende Schicksal erwarten; auf der andern Seite geht mit pathologischer Euphorie Selbstüberschätzung und Größenwahn einher. Derartige Wahnideen, welche in direkter Abhängigkeit von Affekten stehen und mit ihnen auftauchen und vergehen, werden als sekundär bezeichnet. Ihr Nachweis bietet keine Schwierigkeiten, da die Gefühlsanomalie meist deutlich in die Augen springt. Man kann für diesen Teil der Krankenuntersuchung auch den Satz aufstellen: bei abnormem Gefühlszustand müssen die Wahnideen entweder in dieser Richtung liegen oder es sind

Digitized by Google

Wahnideen überhaupt nicht vorhanden. Der Zusammenhang von Wahnideen mit affektiven Erregungen wird, wo diese in weniger lebhafter Form auftreten, nur der feineren Analyse zugänglich. In derartigen Fällen scheinen gemütliche Vorgänge auch nur die gestaltende Ursache zu bilden, während die Tendenz zur Wahnbildung durch einen anderweitigen Krankheitsprozeß (also keine primäre affektive Verstimmung) gegeben wird. In dieser Weise zeigen sich insbesondere Wünsche der Kranken als bestimmend für eine meist temporäre Wahnbildung. So produziert ein Individuum mit Größenwahn die Idee, seine Frau sei Professor der Medizin und könnte daher die gewünschte häusliche Pflege übernehmen. Bleuler erwähnt einen Fall, in dem ein Offizier, der mit seiner Schwiegermutter schlecht lebte, davon überzeugt war, daß sie geköpft würde oder lebenslängliches Zuchthaus bekäme. Schöne Beispiele findet man namentlich auf dem Gebiete der Haftpsychosen, in denen Sträflinge zur Überzeugung gelangen, unschuldig verurteilt, begnadigt worden zu sein usw. Unsicher wird die Deutung, wenn auf unbewußte Wünsche und verdrängte Komplexe rekurriert werden muß. Vor derartigen Spekulationen, die schließlich das Wesen der Sache doch nicht treffen, kann nur gewarnt werden.

Zur Gruppe der sekundären Wahnideen gehören auch jene, die aus Halluzinationen entspringen. Dabei ist es ja klar, daß aus pathologischem Gedanken- und Vorstellungsmaterial auch krankhaft verfälschte Urteile folgen müssen. Wahnideen dieser Art sind erfahrungsgemäß selten und stets schwer als sekundär zu erkennen. Eine Stütze erhält die Diagnose dadurch, daß in solchen Fällen meist eine Bewußtseinstrübung vorliegt und wir es mit einer halluzinatorischen Verwirrtheit zu tun haben, in deren Rahmen auch (sekundäre) Wahnideen auftreten.

Von dieser zweiten Gruppe unterscheiden sich die weitaus häufigeren primären Wahnideen insofern, als sie bei klarem Bewußtsein durch Überlegung und Kombination von Vorstellungen, dabei auch ohne nachweisbare wesentliche Beteiligung von Gefühlsprozessen oder Halluzinationen zustande kommen oder mindestens in dieser Weise weitergeführt werden, nachdem sie konzipiert wurden.

Die Bildung derartiger Wahnvorstellungen stellt einen rein pathologischen, aus dem gesunden Seelenleben nicht begreiflichen

Digitized by Google

Vorgang dar. Der Umstand, daß an ihrem Entwurfe, jedenfalls aber an der weiteren Entwickelung das Denken des Individuums beteiligt ist, gibt mit einen Grund dafür ab, daß derartige Wahnideen einer Korrektur nicht zugänglich sind. Die Erfahrung lehrt, daß Wahnideen dieser Art im individuellen Leben meist erst sehr spät (nach der Pubertät, vorwiegend aber im erwachsenen Alter) auftreten, sich allmählich entwickeln, dauernd erhalten bleiben, also unheilbar sind, ferner, daß dabei das logische Denken des Individuums weitgehend ungestört bleibt, sofern es nicht direkt mit der Wahnidee in Verbindung steht und daß auch in vielen Fällen unter den gleichen Bedingungen das Handeln in normaler Weise abläuft. Aus diesen Gründen wurden derartige Fälle von Geistesstörung früher auch als „partielle“ bezeichnet. Bekannt ist, daß manche Individuen ungeachtet einer solchen Störung verantwortungsvolle Stellen bekleiden und hochwertige intellektuelle Produkte liefern konnten.

Der Weg für die Untersuchung gestaltet sich bei primären Wahnvorstellungen schwieriger als bei sekundären. Ganz allgemein würde die Aufgabe darin bestehen, die Aussagen eines Individuums zu prüfen und den Mechanismus der Urteilsbildung zu kontrollieren. In der Mehrzahl der Fälle kann die Feststellung von Wahnideen leicht erfolgen, wenn solche in typischer Weise gebildet werden, wenn etwa der Kranke sich für Christus oder einen Propheten hält, wenn er sich von aller Welt verfolgt fühlt und uns abenteuerliche Apparate beschreibt, die zu seiner Beobachtung verwendet werden. Ist der wahnhafte Charakter nicht aus dem Inhalte des Urteiles zu erschließen, dann ergibt sich die Aufgabe, die Angaben des Kranken mit dem objektiven Tatsachenmateriale zu vergleichen; wie leicht einzusehen, können die Voraussetzungen für die Entscheidung der Frage sehr kompliziert sein. Pflicht des Arztes ist es, ein bestimmtes Urteil über das Bestehen oder Fehlen von Wahnideen nicht früher abzugeben, als bis er eine genaue Prüfung der Aussagen des zu Untersuchenden vorgenommen hat. Irrtümer können in zweifacher Weise erfolgen, wenn bei der Exploration gerade die verfänglichen Punkte nicht berührt werden oder der Wahn des Patienten zufällig mit der Wirklichkeit übereinstimmt. Der erste Fall macht es theoretisch geradezu unmöglich, bei irgendeinem Individuum das Vorhandensein von Wahnideen auszuschließen,

Digitized by Google

mindestens ist ohne ausreichende objektive Unterlagen äußerste Vorsicht bei der häufig verlangten Bescheinigung geistiger Gesundheit geboten. Meist ist es auch durchaus nicht bloßer Zufall, daß das kritische Material nicht zur Diskussion kommt, vielmehr wird vom Kranken die Unterredung absichtlich in dieser Weise gelenkt. Bei Intaktheit vieler intellektueller Funktionen gelingt die Dissimulation den paranoischen bzw. paranoiden Persönlichkeiten am besten. Der zweite Fall, in dem ein an Wahnvorstellungen leidender Kranker mit seiner Wahnidee doch das Richtige trifft, erklärt sich daraus, daß ein auf Grund falscher Prämissen gefälltes Urteil zufällig mit dem objektiven Sachverhalt übereinstimmen kann. Dies ist z. B. gegeben, wenn ein an Eifersuchtswahn leidendes Individuum tatsächlich von seiner Frau betrogen wird, sein Urteil sich aber auf Vorkommnisse gründet, für welche die Frau keine Schuld trifft.

Um einen derartigen Irrtum zu vermeiden, muß man auf die Voraussetzungen und die Bildung des Urteils selbst näher eingehen; dies fordert wieder genaue Kenntnis der Persönlichkeit des Untersuchten. Auf diese Weise kann auch der entgegengesetzte Fehler vermieden werden, der darin besteht, daß ein falsches und allen Einwänden zum Trotz aufrecht gehaltenes Urteil als Wahnidee angesprochen wird. Psychopathisch angelegte Individuen neigen, zumal unter Beteiligung von Affekten, vielfach zu einer derartigen Urteilsbildung. Von Wahnideen im engeren Sinne unterscheiden sich derartige Produkte dadurch, daß sie im Laufe der Zeit zurücktreten. Einen wahnhaften Charakter gewinnen vielfach Urteile bei Individuen, die ihrer Anlage nach mißtrauisch sind. Auch hier kann die Entscheidung manchmal nur durch die weitere Verfolgung der Gedankenrichtung erbracht werden. In diese Gruppe gehören auch manche Fälle von alkoholischem Eifersuchtswahn. Mit Rücksicht auf derartige Erfahrungen empfiehlt es sich, geistige Störungen mit episodischer und mit chronischer Wahnbildung auseinanderzuhalten.

Die klinische Untersuchung hat beim Nachweise primärer Wahnideen zunächst die Art derselben festzustellen, ob es sich also um Verfolgungs-, Größen-, Erfinder-, Liebes-, religiösen Wahn usw. handelt. Wichtig ist es, den Spuren dieser Wahnvorstellungen nachzugehen und dieselben nach allen Richtungen zu verfolgen. Eine derartige Untersuchung kann große praktische

Digitized by Google

Bedeutung gewinnen, wenn sie bei Individuen, die an Verfolgungswahn leiden, die Vorkehrungen aufdeckt, welche von ihnen zur Abwehr oder zum Angriff gegen ihre vermeintlichen Verfolger unternommen werden. Eine in dieser Weise durchgeführte Besprechung der Ideen des Kranken ergibt auch über einen klinisch und diagnostisch wichtigen Gesichtspunkt Aufschluß, nämlich ob die Wahnideen isoliert dastehen und mehr oder weniger lose aneinandergereiht werden oder ob eine logische Verbindung zwischen denselben d. h. eine Systematisierung stattgefunden hat. Auf der einen Seite findet man Fälle, in denen die Wahnideen dicht neben ihnen widersprechenden Erfahrungen stehen, ohne daß ein Versuch gemacht wird, logische Verbindungen herzustellen. Das andere Extrem bilden Kranke, deren ganze psychische Persönlichkeit vom Wahn beherrscht wird, die alle von außen gegebenen Eindrücke, wenn sie auch nur in entferntester Beziehung zur Wahnidee stehen, in deren Sinne verarbeiten („paranoische Apperzeption") und auch retrospektiv die Erinnerung fälschen. Es ist ohne weiteres klar, daß letzterer Fall ein hohes Maß geistiger Rüstigkeit voraussetzt, während der andere dem Schwachsinne nahesteht. In ähnlicher Weise gestaltet sich auch das Verhältnis der Wahnvorstellungen zur affektiven und Willenssphäre. In einem Falle kommt es zur Bildung von Affekten, die dem Inhalte von Wahnvorstellungen adäquat sind, im anderen steht das Individuum den Wahnvorstellungen gleichgültig gegenüber; dementsprechend gewinnen sie hier einen nur geringfügigen Einfluß auf das Handeln, während sie dort das praktische Verhalten des Kranken völlig beherrschen. Eine solche Analyse des Mechanismus der Wahnideen kann wichtige Direktiven für die Bewertung eines Kranken mit Rücksicht auf seine soziale Stellung und insbesondere die Beurteilung seiner eventuellen Gemeingefährlichkeit ergeben.

VI. Störungen des affektiven Lebens.

Die genauere Untersuchung des Gefühlszustandes eines Individuums ist für den Psychiater aus verschiedenen Gründen von Bedeutung. Einmal gelingt es, auf diese Weise oft tief in die Persönlichkeit des Untersuchten einzudringen, dann ist die präzise Feststellung des affektiven Zustandes eines Kranken zuweilen von ausschlaggebendem diagnostischen Wert. Allerdings bietet diese

Digitized by Google

Aufgabe der Untersuchung erhebliche Schwierigkeiten, da der nächste Weg, den man nach den Erfahrungen am Normalen zu betreten geneigt ist, nämlich die Angaben des Individuums über seine Gefühlserlebnisse zu registrieren (subjektive Methode), vielfach verschlossen bleibt. Die Kranken sind nämlich zuweilen weder geneigt, eine Darstellung ihrer Gefühlszustände zu geben, noch überhaupt dazu fähig. Wenn wir die Unbeholfenheit normaler Ungebildeter zum Vergleiche heranziehen, so erscheint uns allerdings dieser Mangel bei Geisteskranken nicht mehr verwunderlich. Unter günstigen, freilich nur selten gegebenen Bedingungen, etwa im Beginn der Psychose oder bei der Untersuchung hochintelligenter, in der Selbstbeobachtung geübter Kranker, kann sich uns dabei eine Fülle wichtigen und psychologisch interessanten Materials bieten. Die Sammlung eines solchen kann nicht genug empfohlen werden, da diese Quellen für die psychopathologische Forschung bisher nur spärlich fließen.

Wenn es an der Selbstbeobachtung fehlt, so ist uns hier trotzdem noch die Möglichkeit zu weiterem Vordringen in das Gefühlsleben eines Individuums gegeben, weil wir für die Auffassung feinster Seelenregungen besonders fein abgestimmt sind und aus objektiv kaum faßlichen Eindrücken auf dem Wege der Einfühlung zu einem sicheren, wenn auch subjektiven Urteil über einen Gemütszustand gelangen können. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß die Krankheit die Beziehungen zwischen Gemütserregung und deren äußerer Projektion in Ausdrucksbewegungen nicht derart zerstört, daß unsere durch Erfahrung am Normalen geübte Deutung zu falschen Schlüssen führen müßte. Die hier berührte Frage ist in dem erwähnten Sinne zwar noch nicht mit Sicherheit entschieden, überwiegende Wahrscheinlichkeit spricht aber dafür, daß bei den meisten Psychosen eine Störung dieser Art nicht stattfindet.

Aus naheliegenden Gründen wurde eine objektive Methode zum Studium des Gefühlszustandes angestrebt und zu diesem Zweck eine Aufnahme der Ausdrucksbewegungen (Puls, Atmung, Tremor, Verhalten der Pupillen usw.) mit feinerer Technik versucht. Das Ziel, nach dem man strebt, ist, eine objektive Charakteristik von differenten Gefühlszuständen zu gewinnen, um bei versagender Selbstbeobachtung zu einem objektiven Urteile über das Gemütsleben eines Individuums zu gelangen. Der dazu

Digitized by Google

gebrauchte Aufwand an Zeit, Mühe und technischen Einrichtungen steht zu den tatsächlichen Befunden in keinem Verhältnis. Schon beim Normalen stößt man dabei auf große Schwierigkeiten und kam schließlich nur zur Not zu einer relativ sehr groben Charakteristik. Doch war die geleistete Arbeit nach anderer Richtung wertvoll. Gerade die allerneuesten Untersuchungen mit dem Saitengalvanometer, welche sich mit dem Studium des psychogalvanischen Phänomens beschäftigten, haben eine Reihe wichtiger Gesichtspunkte für die Verwendbarkeit der Ausdrucksmethode zur Kontrolle des psychischen Verhaltens eines Individuums geliefert. Wir können z. B. darüber objektiv urteilen, ob Reize von einem Individuum aufgenommen und verstanden werden, welcher affektive Wert einem besonderen Reize zukommt, ob ein Zustand affektiver Erregung bei einem Individuum vorliegt usw. Derartige Untersuchungen können allerdings bei der Kompliziertheit des Apparates nur in besonders dazu ausgestalteten Laboratorien durchgeführt werden. Die gewöhnliche diagnostische Untersuchung wird sich zunächst auf die bisher geläufigen Mittel beschränken müssen und unter Umständen das Verhalten von Puls, Atmung, sowie das Vorhandensein von Tremor zur Entscheidung der Frage verwenden, ob ein Affekt vorliegt.

Aus klinischen Gesichtspunkten haben wir bei unseren Kranken Zustände von Gefühllosigkeit von solchen mit bestimmter affektiver Tönung zu unterscheiden. Unter den Begriff des Gefühlsmangels (Apathie) fallen dem Wesen nach ganz verschiedene Zustände. In einer Reihe von Fällen wird die Veränderung vom Kranken bemerkt und er konstatiert, daß die Vorgänge nicht mehr wie früher gefühlsbetont sind, in anderen Fällen vollzieht sich die Änderung ohne deutliches Wissen der Kranken. Im Wesen sind beide Prozesse durchaus verschieden; im ersten Falle sind einfachere, niedrigere Gefühle weitaus mehr befallen. Die Kranken sind gleichgültig gegen gewöhnliche Erlebnisse, die körperliche Lust und Unlust erscheint abgestumpft. Im zweiten Falle leiden hauptsächlich höhere Gefühle, während die niederen noch relativ intakt sind. Wir sehen schon aus dieser Gegenüberstellung, daß der zweite Fall der Beeinträchtigung des geistigen Lebens, also einem psychischen Defekte nahe steht.

Bleiben wir bei diesem Falle. Die Erfahrung lehrt, daß bei Krankheitsprozessen, die zur Demenz führen, eine allmähliche

Digitized by Google

Abnahme der Gefühlserregbarkeit erfolgt. Dabei werden zunächst die höheren Interessen des Kranken betroffen, seine ethischen Gefühle erleiden Einbuße, später erscheinen auch weniger komplizierte Gefühle wie das Interesse für die Familie beeinträchtigt, das Ende bildet die Gefühlsstumpfheit. Derartige Individuen suchen nur Befriedigung der nächsten, auf das körperliche Wohl gerichteten Wünsche. Ihre Grundstimmung ist stumpf-euphorisch. Typische Beispiele dieser Art bieten Paralytiker und Idioten.

Wenden wir uns dem anderen Falle zu. Wir beobachten gemütliche Veränderungen dieser Art bei Individuen, die längere Zeit unter schweren depressiven Affekten litten. Dieser Zustand der Affektivität steht mit der Hemmung des ganzen geistigen Lebens in Parallele und es liegt nahe, ihn auf den Verbrauch psychischer Energie zurückzuführen. Der gleiche Effekt tritt in akuter Weise in jenen Fällen ein, wo durch einen ekzessiv starken Reiz die Ansprechbarkeit eines Individuums vernichtet wird. So wurde z. B. nach Erdbebenkatastrophen bei normalen Individuen völlige Gleichgültigkeit gegen Eindrücke beobachtet, die unter anderen Umständen stärksten affektiven Einfluß ausgeübt hätten. Ein ähnliches Versagen hat nach chronischem Energieverbrauch in jenen Zuständen statt, die als psychasthenisch bezeichnet werden. Derartige Kranke klagen über Leere und Gefühllosigkeit, die äußeren Eindrücke haben für sie ihren Gefühlswert verloren, werden als tot und kalt empfunden. Der beschriebene Zustand hat Beziehungen zu der relativ häufig mehr oder weniger ausgesprochenen Störung des Persönlichkeitsbewußtseins, welche als Depersonalisation bezeichnet wird. Derartige Kranke bringen selbst die Klage vor oder geben bei der Exploration sofort zu, daß sie sich verändert fühlen. Die Beschwerden sind sehr charakteristisch, fast immer wird geklagt, daß alles in der Umgebung anders, wie verwandelt sei; die Kranken glauben nicht mehr wie früher wahrnehmen zu können. Ein Schleier umgebe sie, Trauer und Freude gehen ihnen nicht nahe, die entsprechenden Ausdrucksbewegungen, die sie tatsächlich zeigen, geschehen nach ihrer Auffassung rein automatisch, ohne innerliches Erleben- und Ergriffensein. Auch die eigenen Handlungen erscheinen ihnen nicht als Äußerungen ihrer Persönlichkeit. Diese Anomalie ist bei Neurasthenie, Melancholie, Schizophrenie zu beobachten und durch kürzere oder längere Zeit zu verfolgen;

Digitized by Google

sie hält mitunter auch jahrelang an. Der Zustand wird stets als sehr unangenehm empfunden und führt oft zur Suizidtendenz. Für die Auffassung der Anomalie, die vorwiegend bei hereditärer Belastung und psychopathischer Veranlagung zum Teil nach äußeren, zur Erschöpfung führenden Krankheitsursachen auftritt, ist die in neuester Zeit festgestellte Tatsache von Bedeutung, daß bei diesen Individuen eine pathologische Änderung in Empfinden und Fühlen nicht vorliegt, so daß die Störung auf den Vollzug höherer psychischer Akte zurückzuführen ist[1]).

Praktisch von Bedeutung ist die zuweilen gemachte Erfahrung, daß Individuen einen Zustand von Gefühllosigkeit durch besondere, ihnen an sich fernliegende Handlungen (Diebstahl oder sonstige Delikte) zu durchbrechen suchen.

Wir hatten uns bisher nur mit der negativen Form affektiver Veränderung, dem Gefühlsmangel, befaßt. Von positiven Affektstörungen sollen hier nur klinisch wichtige Zustände erörtert werden. Die klinische Untersuchung hat nachstehende Seiten des affektiven Verhaltens in Erwägung zu ziehen

Qualität (einfach, zusammengesetzt),
Intensität,
Verlauf,
somatische Komponenten,
Beziehungen zwischen dem affektiven Zustand und seiner Vorstellungsgrundlage.

Die Elemente jedes affektiven Zustandes sind, wie wir mit Wundt annehmen, in folgenden drei einander paarweise entgegengesetzten Gefühlen gegeben: Lust — Unlust, Spannung — Lösung, Erregung — Beruhigung. Die Gefühlsphänomene, auf die wir bei der Untersuchung von Geisteskranken stoßen, erweisen sich als sehr komplex, da sie von vornherein meist aus mehreren Elementen bestehen, ferner körperliche Begleiterscheinungen des Affektes vielfach in Vordergrund treten, endlich eine Rückwirkung dieser somatischen Komponenten auf den Gemütszustand erfolgt. Besonders deutlich sind die erwähnten Beziehungen beim pathologischen Lustaffekt, der krankhaften Euphorie, die wir im manischen Zustandsbildern treffen. Es handelt sich dabei

[1]) P. Schilder, Über das Selbstbewußtsein und seine Störungen. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psychiatr. 20, 1913, S. 511.

Digitized by Google

um einen starken Lustaffekt, gepaart mit Erregung, der gesteigerte Motilität entspricht, erhöhte Funktion des Herzens und anderer Organe. Diese somatischen Vorgänge sind aber naturgemäß von wesentlichem Einfluß auf den Ablauf psychischer Prozesse. Das manische Zustandsbild zeigt ferner gesteigerte Beweglichkeit des Denkens, erhöhten Zufluß von Vorstellungen. Solange sich alle diese Veränderungen in mäßigen Grenzen halten, bleibt die Produktivität erhöht. Bei zunehmender Intensität des Prozesses wird das geordnete Denken durch Störung der Aufmerksamkeit unmöglich gemacht.

Bei Beurteilung derartiger affektiver Zustände muß man zunächst über die Qualität der vorhandenen Affekte ins klare zu kommen suchen. Unsere am Normalen gemachte Erfahrung zeigt einen so innigen Zusammenhang zwischen gesteigerter Motilität und Lustaffekt, daß wir aus dem motorischen Verhalten ohne weiteres auf diesen Affekt schließen. In pathologischen Fällen sieht man auch unabhängig voneinander Variation beider Faktoren. Man muß sich also hüten, in den Fehler zu verfallen, alle Zustände motorischer Erregung als manisch zu bezeichnen, wodurch dieser Begriff seine ursprüngliche Bedeutung verlieren würde.

Dem besprochenen Zustand in mancher Hinsicht entgegengesetzt ist die depressive oder melancholische Verstimmung, die als ein ins Pathologische gesteigerter Unlustaffekt aufgefaßt werden kann. Dabei ist ein sthenischer von einem asthenischen Zustand zu unterscheiden. Auch die Beobachtuug am normalen Individuum lehrt, daß von Angstaffekten lähmende und erregende Wirkungen auf psychische und motorische Funktionen ausgehen. Dementsprechend finden wir auch bei Geisteskranken gemütliche Depression mit Hemmung des Vorstellungsverlaufes und herabgesetzter Motilität, andererseits aber auch Angstzustände mit motorischer Unruhe und relativ raschem Ablauf der Vorstellungen. Nach dieser Auffassung besteht keine Nötigung, die Erregung im Angstzustande als manische Komponente aufzufassen.

Kurz kann der seiner Ausdrucksform nach nicht zu verkennende Zornaffekt besprochen werden. Wir sehen ihn oft bei Manischen, unmittelbar aus dem Lustaffekt hervorgehen, mit dem er ja auch psychisch und somatisch Komponenten gemein hat. Reine, autogene Zornaffekte sind für die Epilepsie geradezu charakteristisch.

Digitized by Google

Epileptiker bieten uns auch noch weiteres Material pathologischer Affekte, das allerdings in diesem Falle der Analyse schlecht zugänglich ist, so die Spannungszustände der Epileptiker, die als Affekte von geringer Intensität als Stimmungen oder besser pathologische Verstimmungen bezeichnet werden. Ähnlich sind von den besprochenen euphorischen und depressiven Affekten die entsprechenden Verstimmungen abzugrenzen.

Nicht zu verwechseln mit der Stärke eines Affektzustandes ist seine Nachhaltigkeit. Die Intensität eines Affektes bildet nur eine Bedingung für seine Nachhaltigkeit, eine weitere stellen der Grad und die Art seiner Motivierung durch andere psychische Prozesse vor. Diese Unterscheidung ist darum besonders wichtig, weil beim normalen Individuum stets ein Parallelismus der erwähnten Faktoren zu finden ist, der in pathologischen Fällen häufig fehlt, wodurch Anlaß zu Täuschungen gegeben ist. Der elementar auftretende Zornaffekt bei der Epilepsie kann als Beispiel eines intensiven aber wenig nachhaltigen Affektes angeführt werden. Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit eines Affektes dient in erster Linie sein Verlauf. Es ist ja klar, daß ein Affekt, der nicht durch das Vorstellungsleben genügend fundiert ist, meist schneller abklingt.

Im besonderen Falle ist aus dem Kontraste zwischen Intensität und Nachhaltigkeit von Affekten auch der Schluß auf das intellektuelle Leben eines Individuums gestattet. Bekannt sind ja die rasch aufflackernden und schnell verschwindenden Affekte bei der senilen Demenz, Paralyse und Imbezillität.

Die Analyse der Vorstellungsgrundlage affektiver Erregungen führt zur Feststellung einer weiteren auch diagnostisch wichtigen Erscheinung. Auf pathologischem Gebiete ist zu beobachten, daß Affekt und Vorstellungsgrundlage einander oft nicht nur nicht entsprechen, sondern geradezu im Gegensatz stehen, derart, daß Vorstellungen, die beim Normalen mit depressiven Gefühlstönen verbunden sind, von einem Lustgefühl begleitet werden und umgekehrt (paradoxe Reaktion). Kranke berichten mit freudiger Miene von Ungemach, Schmerzen, Leid, bedrohenden Halluzinationen, Unglück usw. Wir haben zunächst keinen Grund, hier eine Änderung des Zusammenhanges zwischen dem inneren Erleben und der Ausdrucksweise eines Affektes anzunehmen und müssen dabei

Digitized by Google

vielmehr daran denken, daß derartigen anscheinend pervers gefühlsbetonten Vorstellungen infolge komplizierter, individueller Zusammenhänge nicht die gewöhnliche Bedeutung zukommt. So kann, um ein Beispiel zu erwähnen, der halluzinierte Tod des Gatten einem Wunsche des Kranken entsprechen und darum Freude auslösen. Auf diese Weise wird bei Krankheitsformen (Schizophrenie), in denen die Vorstellungen ungewöhnliche oder ganz fremde Bedeutungen gewinnen, das Eindringen und Einfühlen in das Seelenleben des Kranken sehr erschwert oder geradezu unmöglich. Wir stehen dann zuweilen vor Affektausbrüchen, deren Motive wir nicht kennen und deren Nachhaltigkeit wir nicht zu beurteilen vermögen.

Psychopathologische Bedeutung der Komplexe.

Die Bedeutung, welche der Wirksamkeit affektbetonter Vorstellungen (Komplexe) im Getriebe der pathologischen Seelenvorgänge zukommt, rechtfertigt es, daß wir dieses Gebiet, welches wir im folgenden wiederholt streifen müssen, auch zusammenhängend besprechen. Eine gründlichere Kenntnis desselben ist darum erforderlich, weil dadurch viele, bei oberflächlicher Betrachtung irrationale Seelenerscheinungen dem Verständnis näher gebracht werden, ferner der Fehler vermieden werden kann, organische Veränderungen da vorauszusetzen, wo nur psychologisch begreifbare Zusammenhänge vorliegen. Affektbetonte Vorstellungen spielen schon im seelischen Leben des normalen Individuums eine relativ große Rolle. Bekannt sind die Beziehungen zwischen Wünschen und Glauben, auch finden einzelne Fälle von Versprechen, Verlesen, Vergessen usw. des Normalen in der Wirkung von Komplexen ihre Erklärung. Besonders deutlich wird aber die Wirksamkeit dieser Faktoren da, wo die geistige Energie aus somatischen Ursachen nachläßt, nämlich im Senium. Die Beobachtung seniler Individuen läßt die noch gar nicht genug gewürdigte Tatsache erkennen, daß Auffassung, Urteil, Gedächtnis weitgehend von Gefühlsprozessen bestimmt werden, derart, daß Erlebnisse je nach den Beziehungen zu Gefühlsmomenten etwa Sympathien oder Antipathien falsch oder unvollständig aufgefaßt mehr oder weniger gut behalten werden. Eine Einsicht in die Ursachen dieser Fehlleistungen wird meist von Senilen gar nicht gewonnen.

Digitized by Google

Die Wirkung von Komplexen kommt hauptsächlich nach folgenden Richtungen zur Geltung:

1. In dem modifizierenden Einfluß auf neue Eindrücke. Von dem noch in der normalen Breite gelegenen Fehler der Auffassung, der sich dadurch ergibt, daß wir in der Erwartung auf bestimmte Reize eingestellt sind und Eindrücke, die mit ihr nicht völlig übereinstimmen, dieser angleichen, sind alle Übergänge vorhanden, zur illusionären Entstellung und einseitigen Auffassung, in dem Sinne, daß von komplizierten Reizen nur jene Seiten apperzipiert werden, die der Bewußtseinskonstellation entsprechen. Daraus erklärt sich das sinnwidrige und mit dem objektiven Tatbestand scheinbar ganz unvereinbare Verhalten im Dämmerzustande, wo eine völlig illusionäre Umdeutung der Außenwelt und jedes neuen Eindruckes stattfindet. In gleicher Weise sind auch einzelne grobe Abweichungen in der Aussage zu erklären, die manchmal irrtümlich auf Gedächtnisanomalien bezogen werden. Jedenfalls ist ein Teil der als Pseudologie bezeichneten Erscheinung darauf zurückzuführen, daß unter dem Einfluß von Komplexen die Aufmerksamkeit und Auffassung des Individuums derart modifiziert ist, daß objektive Tatbestände unvollständig oder entstellt zur Auffassung gelangen. Art und Größe der Abweichung hängt vom Charakter der Persönlichkeit (Psychopathie, Hysterie), vom Vorhandensein geistiger Erkrankung oder intellektueller Defekte ab.

2. Beobachtungen anderer Art führen zu dem Schluß, daß unter dem Einfluß von Komplexen an sich richtig aufgefaßte Erlebnisse in der Erinnerung entstellt oder aus dem Bewußtsein des Individuums ausgeschaltet werden. Modifizierende Einflüsse des Gefühlszustandes finden gewiß auch beim Normalen statt. Bekannt ist, daß Vergangenes je nach der vorhandenen Stimmung in diesem oder jenem Lichte erscheint. Pathologische Fälle, Dementia praecox, Hysterie, Psychopathie zeigen die beim Normalen mehr andeutungsweise vorhandene Entstellung in ihrem Extrem (Pseudologie).

Versuche am Normalen haben ergeben, daß durch Unlustgefühle eine Beeinträchtigung der Erinnerung erfolgt. Die Pathologie zeigt auch hier wieder extreme Abweichungen, nämlich eine völlige Ausschaltung derart, daß gewisse, mit dem übrigen

Digitized by Google

Bewußtsein unvereinbare Vorstellungen aus dem bewußten psychischen Leben verdrängt werden. Dabei handelt es sich aber nicht auch um eine Tilgung der materiellen Spuren, da Vorstellungen dieser Art unter besonderen Bedingungen etwa in der Hypnose wieder geweckt werden können. Ferner hat die Erfahrung am pathologischen Material gezeigt, daß ungeachtet dieser Ausschaltung von Vorstellungen, die mit ihnen ursprünglich verknüpften Affekte im psychischen Leben des Individuums weitgehende Wirkungen entfalten können. Die von Freud inaugurierte Forschung vertritt die Anschauung, daß ein solcher aus dem bewußten Seelenleben verdrängter Affekt in abnorme körperliche Symptome verwandelt, konvertiert wird, wodurch nach dieser Ansicht die meisten hysterischen Symptome, Erbrechen, Lähmungen, Anfälle usw. zu erklären sind. In anderen Fällen, wo etwa keine Eignung zur Konversion vorhanden ist, überträgt sich die bei der Verdrängung frei gewordene Erregungssumme auf andere Vorstellungen, die mit der verdrängten Vorstellung irgendwie — eventuell ganz individuell — verknüpft sind, und diese können so eine abnorme Wertigkeit und einen ihrer Natur fremden Gefühlston gewinnen, etwa zu Zwangs- oder Angstvorstellungen werden: Substitution. Da aus naheliegenden Gründen namentlich sexuelle Erlebnisse, die ja meist affektbetont sind, der Verdrängung verfallen, sieht die erwähnte Schule vorwiegend in sexuellen Komplexen, die sich teils aus traumatischen Vorkommnissen, teils aus der besonderen Sexualbetätigung ergeben, die Quelle der meisten hysterischen und neurotischen Symptome.

In Mißkredit kam die Theorie durch willkürliche Konstruktionen von unbegründeten Vorstellungszusammenhängen sowie durch den Rekurs auf infantile Sexualerregung, endlich durch die ungemessene Bedeutung, die dem sexuellen Leben für das ganze psychische Dasein zuerkannt wird. Bei der Angstneurose z. B. liegen die Verhältnisse derart, daß bei diesem Affekt tatsächlich eine sexuelle Erregung stattfinden kann. Doch handelt es sich dabei um eine somatische Begleiterscheinung dieses Affektes, also um etwas Sekundäres, und es bedeutet einen groben logischen Fehler, darum an Stelle der Angst Libido setzen zu wollen. Sicher ist, daß gefühlsbetonte Vorstellungen (Komplexe) im psychischen Leben ausgedehnte und intensive Wirkungen ent-

Digitized by Google

falten können und daß der Weg, den affektive Erregungen nehmen, dem Träger nicht immer klar bewußt wird. Man muß daher auch bei abnormen Seelenerscheinungen stets an diese Möglichkeit denken, aber sich wohl bewußt bleiben, daß wir es mit verschiedenartigen affektiven Erregungen, von denen sexuelle eben nur ein Glied bilden, zu tun haben und daß wir uns bei fehlender oder unsicherer Selbstbeobachtung mit unseren Erklärungen auf hypothetisches Gebiet begeben.

Die Bedeutung der Komplexe liegt nicht nur auf symptomatologischem, sondern auch auf pathogenetischem Gebiete, was durch die Tatsache bewiesen wird, daß mit der Aufdeckung von Komplexen bestimmte Symptome geheilt wurden. Mindestens können wir auf diesem Wege tiefer in den Mechanismus geistiger Störung eindringen. Die neuere Forschung hat deutlich gezeigt, daß Komplexe weitgehend die Erscheinungsweise psychischer Erkrankungen bestimmen. In dieser Richtung wurden auch von berufener Seite (Bleuler) eingehende Beobachtungen angestellt. Wir kennen heute den gestaltenden Einfluß affektiver Momente außerhalb des Bewußtseins ihres Trägers (im Unbewußten) auf Halluzinationen. Ferner wurde der gleiche Mechanismus für die Entstehung und Gestaltung von (sekundären) Wahnideen ermittelt. Sicher ist endlich, daß Affekte, insbesondere Wünsche, Dämmerzustände vollständig beherrschen können, derart, daß Kranke darin die Erfüllung ihrer Wünsche erleben. Dies gab zu der anschaulichen, aber gewiß nur für einen Teil der Fälle berechtigten Auffassung Anlaß, daß es sich in derartigen Zuständen um eine Flucht in die Psychose (aus dem gesunden Leben in die Krankheit) handelt.

Aus der Bedeutung, welche Komplexe für das Symptomenbild haben, ergibt sich für die Krankenuntersuchung die Aufgabe, diesen psychischen Phänomenen im Einzelfalle nachzugehen und versteckte Komplexe aufzudecken. Schwierig kann diese Aufgabe darum werden, weil, wie erwähnt, manche Komplexe verdrängt sind und im Unbewußten ihre Tätigkeit entfalten und nicht leicht an die Oberfläche des Bewußtseins treten, weil sie ihrem Inhalte nach mit den gewöhnlichen Vorstellungskreisen unvereinbar sind, etwa in Fällen, wo sie mit der Sitte oder moralischen Vorstellungen des Individuums kollidieren (sexuelle

Digitized by Google

Komplexe, Rentengier). Die Aufdeckung solcher Komplexe kann nach der von ihnen ausgehenden Wirkung erfolgen. Diese wurden am genauesten in Assoziationsversuchen[1]) studiert, die zur Aufstellung folgender bestimmter Komplexmerkmale führten.

Verlängerung der Reaktionszeit.

Ungewöhnliche, verdächtige Fassung der Reaktion, die eine besondere Konstellation voraussetzt.

Übergang zu einer flacheren Reaktionsweise, die darauf hinweist, daß die Aufmerksamkeit des Individuums durch etwas anderes in Anspruch genommen wird, in unserem Falle vom Komplex absorbiert wird.

Assimilierung des Reizwortes, d. h. dasselbe wird in einem besonderen Sinne aufgefaßt.

Reproduktionsstörung bei Wiederholung des Assoziationsversuches.

Objektiver Nachweis affektiver Schwankungen beim Assoziationsversuche mit Hilfe der Ausdrucksmethode.

Die Komplexmerkmale sind oft genug augenfällig, um die Berührung eines Komplexes bei einfacher Exploration erkennen zu lassen. In strittigen Fällen wird man lieber zu dem objektiveren Verfahren, dem Assoziationsexperiment greifen, das ja einfach genug ist, um jederzeit ausgeführt zu werden. Auf diese Weise gelangt man meistens zunächst erst zur Erkenntnis, daß ein Komplex vorliegt.

Eine weitere Aufgabe ist die Bestimmung seines Inhaltes. Dies kann mit Hilfe der gewonnenen Reaktionen, anamnestischer Tatsachen, der Selbstbeobachtung der Kranken und der Beobachtung ihrer Ausdrucksbewegungen geschehen. Die aufzuwendende Vorsicht bei der Deutung muß um so größer sein, je weiter die Schlüsse tragen sollen (etwa bei Untersuchungen zu forensischen Zwecken). Im Interesse des Kranken und der Objektivität des Urteiles muß eindringlich davor gewarnt werden, sich den Inhalt der Komplexe von vornherein als sexuell zu denken.

---

[1]) Jung, C. G. und Riklin, Fr., Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 3, 1904, Bd. 4, 1904/5.

Digitized by Google

VII. Zwangszustände.

Unter dem Begriff der Zwangszustände faßt man eine Reihe abnormer psychischer Erscheinungen zusammen, die sowohl in ihrem Charakter als in den Entstehungsbedingungen Übereinstimmung zeigen. Ihre gemeinsamen Merkmale sind ein übermäßiges Gewicht im Verhältnis zu den anderen Bewußtseinsprozessen, Beteiligung lebhafter Unlustgefühle sowie der Umstand, daß ihr Inhalt als widersinnig, ihre Entstehung als krankhaft empfunden wird. Der Krankenuntersuchung stellen sie insofern keine größeren Schwierigkeiten, als sie ja ihrem Wesen nach im Vordergrunde des Zustandsbildes stehen und tatsächlich zu den auffälligsten Symptomen gehören, die von den Kranken meist spontan vorgebracht werden. Oft wird die Bedeutung derselben erklärlicherweise von den Kranken überschätzt und Zwangserscheinungen als sichere Symptome beginnender Geistesstörung aufgefaßt. In Wirklichkeit stellen Zwangserscheinungen an sich keine psychotischen Symptome vor und einzelne Merkmale wie Krankheitseinsicht sprechen geradezu gegen die Annahme einer Geisteskrankheit. Damit im Zusammenhange steht, daß äußerlich ähnliche Erscheinungen bei Geisteskranken nicht mehr als Zwangszustände bezeichnet werden. Das Wesen derartiger Symptome und die Stellung zu den übrigen Bewußtseinserscheinungen ist dann völlig verändert. Das wesentliche Merkmal der Disharmonie fehlt. Wie begreiflich, wird die Unterscheidung zwischen Geisteskrankheit und Neurose im Einzelfalle erschwert, wenn die Einsicht in den Fremdcharakter der Vorstellungen schwindet oder zu schwinden droht. Eine Einteilung der Zwangszustände läßt sich nach ihrer Erscheinungsweise folgendermaßen treffen:

Zwangsvorstellungen. Wir verstehen darunter Vorstellungen, Gedanken, einfache und zusammengesetzte Worte oder Wortverbindungen, zuweilen sinnlosen Inhaltes, Zitate, Melodien usw., welche sich immer wieder in den Blickpunkt des Bewußtseins drängen (Obsession). Die Anstrengungen des Individuums, sich von dem peinlichen und das übrige Denken störenden Zustande zu befreien, bleiben mehr oder weniger erfolglos. Den Zwangsvorstellungen nahe stehen in ähnlicher Weise sich aufdrängende Urteile, sich selbst oder anderen

Digitized by Google

schädliche Handlungen begangen zu haben usw. Gerade bei den Zwangsvorstellungen ist der Nachweis, daß es sich um intensive Steigerung normaler Phänomene handelt, relativ leicht nach der allgemeinen Erfahrung bei Gesunden und auch experimentell zu erbringen, da nach wiederholten Expositionen gleicher Worte im Gedächtnisversuch im Zustande der Ermüdung ein derartiges Hervortreten des Lernstoffes sich geltend macht.

Zwangsdenken: fortwährend sich wiederholende Gedankenoperationen, wie Rechnen, Grübeln, Fragen usw.

Zwangshandeln: Sammeln, Überprüfen von Rechnungen, stereotyp sich wiederholende mehr oder weniger komplizierte Bewegungsformen.

Als Phobien bezeichnet man Zwangsvorstellungen, bei denen die Angst dominiert. Es handelt sich dabei um Angstzustände, die durch äußere Umstände nicht gerechtfertigt sind, sie gehen mit lebhaften, objektiven Angstsymptomen (motorische Unruhe, Zirkulationsänderungen, Schweißausbruch usw.) einher und begleiten die Vorstellung einer bestimmten Situation, sie wirken dabei hemmend auf das Handeln des Individuums; so die Agarophobie, die Furcht, einen Platz zu überschreiten, die Klaustrophobie, die Furcht, in einem gesperrten Raum bleiben zu müssen, die Erythrophobie oder Errötungsfurcht, die Furcht, mit Mäusen, Ratten, Katzen in Berührung zu kommen.

Die genauere Betrachtung dieser Erscheinungen läßt erkennen, daß zwischen den einzelnen Formen innige und vielseitige Beziehungen bestehen, welche auch zum Teil ihre Mannigfaltigkeit erklären; so können Zwangsvorstellungen Handlungen teils unmittelbar veranlassen und in Zwangshandlungen übergehen, wie die Vorstellung, unrein zu sein, ständiges Waschen, teils enthalten sie motorische Elemente, die bei der Stärke der Vorstellung einen Trieb zum Handeln entwickeln, während das Bewußtsein des Individuums Gegenimpulse auslöst. So regt die Vorstellung des Hinausstürzens, die ein offenes Fenster weckt, ohne weiters motorische Impulse, die Handlung auszuführen an, die das Individuum durch Gegenimpulse bekämpft. Auch kann man Zwangshandlungen als frühere Schutzmaßregeln gegen Zwangsvorstellungen, die sie auf dem Wege der Ablenkung bekämpfen sollten, verstehen. Endlich ist Angst eine Komponente jedes Zwangszustandes, die namentlich bei dessen Ab-

Digitized by Google

wehr hervortritt, während sie vorher sich nur in Unlust geltend macht.

Die Bedeutung, welche die Kenntnis der Entstehungsweise von Zwangserscheinungen für deren Therapie hat, macht es der Krankenuntersuchung zur Aufgabe, in jedem Falle der Entwicklung des einzelnen Symptomes nachzugehen. Dabei kann man vielfach auf sexuelle Erlebnisse stoßen, die hier eine Rolle zu spielen scheinen. Eine Verallgemeinerung dieser Erfahrung ist jedoch nicht gerechtfertigt und damit die Annahme abzulehnen, welche den eigentlichen Grund der Zwangserscheinungen in sexuellen Erlebnissen sucht. Diese Ansicht geht dahin, daß die die Zwangserscheinung begleitenden Affekte aus der Verdrängung sexueller Komplexe stammen; dabei wird die psychologisch durchaus unhaltbare Vorstellung gebildet, daß der mit dem ursprünglichen Erlebnis verknüpfte Affekt nach der Verdrängung im Bewußtsein frei flottiert, bis er sich an eine weitere, mit der ursprünglichen Vorstellung in irgendeiner meist symbolischen Beziehung stehende Vorstellung heftet, die damit zur Zwangsvorstellung wird.

Für die Bewertung der Zwangszustände ist die Kenntnis der Erfahrung wichtig, daß sie sich vorwiegend auf der Basis psychopathischer Konstitution entwickeln, häufig, und zwar mehr transitorisch auch bei psychischer und körperlicher Erschöpfung im Rahmen der Neurasthenie und Psychasthenie auftreten.

VIII. Motilität.

Unter Motilität verstehen wir die Gesamtheit der bei einem Individuum zu beobachtenden Bewegungserscheinungen. Die Krankenuntersuchung hat sich zunächst mit diesen im weitesten Sinne zu befassen, während die Analyse der aktiven Bewegungen und der sie begleitenden etwa als Motive zu denkenden Bewußtseinsprozesse erst einen weiteren Gegenstand des Untersuchungsganges bildet. Mit Rücksicht auf die große diagnostische Bedeutung der Motilität ist eine systematische Untersuchung derselben erforderlich. Bei der Darstellung wollen wir dieselbe in drei Teile gliedern: in eine Prüfung der aktiven, passiven und reaktiven Körpermotilität (1) in die Besprechung sprachmotorischer Erscheinungen (Ausdrucksbewegungen von Sprache und

Digitized by Google

Schrift) (2) und der Trieb und Willenshandlung (3). Wir werden uns dabei ausschließlich mit den bei funktionellen Psychosen zu beobachtenden Anomalien beschäftigen und sehen von den organischen zentral oder peripher bedingten Störungen ab, mit denen sich die neurologische Untersuchung zu befassen hat.

1. Die allgemeinen Bewegungserscheinungen.

Wir ziehen zunächst die aktiven, also vom Kranken spontan ausgeführten Bewegungen in Betracht. Dabei erscheint es zweckmäßig, Form und Inhalt der Bewegungserscheinungen auseinanderzuhalten, soweit eine Trennung dieser Faktoren überhaupt durchführbar ist. Die formale Betrachtung faßt die Bewegungen ohne Rücksicht auf das zu erreichende Ziel auf und hat mit Anomalien nach folgenden Richtungen zu rechnen:

a) Zeitlicher Verlauf. Es ist festzustellen, ob die ausgeführten Bewegungen in ihrer Geschwindigkeit dem angestrebten Ziel und der Situation entsprechen oder in einem beschleunigten oder verlangsamten Tempo ausgeführt werden; damit im Zusammenhange steht meist die Menge der überhaupt ausgeführten Bewegungen. Bei Änderungen nach der einen Richtung hat man es mit verlangsamten und trägen Bewegungsformen zu tun und einer Verarmung von Bewegungen überhaupt. Man bezeichnet diesen Zustand als motorische Hemmung, die bis zum völligen Bewegungsausfall (Akinese) sich steigern kann. Die Bewegungsverarmung stellt einen weiteren Begriff vor, der nur die Menge überhaupt ausgeführter Bewegungen bezeichnet, während die Geschwindigkeit ihres Ablaufes dahingestellt bleibt; so kann z. B. eine bestehende Akinese durch unvermutet auftretende (impulsive) Bewegungen durchbrochen werden (Raptus).

Die Änderung nach der anderen Richtung ist durch den beschleunigten Ablauf von Bewegungen gegeben. Die Menge ausgeführter Bewegungen nimmt dabei in der Regel zu, man spricht von einer motorischen Erregung und einem Bewegungsdrang.

b) Form des Bewegungsablaufes. Dabei ist zu beachten, ob die Bewegungen gleichmäßig in einem Zuge oder ruck- und absatzweise ausgeführt werden. Bei leichten Störungen tritt diese Änderung bloß als Ungleichmäßigkeit, Eckigkeit und Härte der Bewegungsformen zutage, bei schwereren Störungen ist ein

Digitized by Google

plötzliches völliges Sistieren in einer Bewegungsphase oder Bewegungsfolge zu beobachten: Sperrung.

c) Verhältnis aufeinanderfolgender Bewegungen. Der Norm entspricht eine dem jedesmaligen Ziel angepaßte Bewegungsform und eine weitgehende, dem übrigen psychischen Leben entsprechende Variabilität von aufeinanderfolgenden Bewegungen (Bewegungswechsel). Unter gewissen pathologischen Bedingungen tritt an Stelle dieses natürlichen Bewegungswechsels eine ausgesprochene Monotonie: ein und dieselbe Bewegungsreihe wiederholt sich beliebig oft, sei es in Übereinstimmung mit einer analogen Abänderung der übrigen Psyche, sei es isoliert und im Gegensatz zu den erhaltenen sonstigen Funktionen. Dabei wirkt die häufige Wiederholung der einzelnen Bewegungsreihe mechanisierend auf deren Form, sie bekommen einen stereotypen Charakter.

Die Wiederholung der gleichen Bewegungsform wird als Iterativerscheinung bezeichnet. Mit ihr verbindet sich nicht selten die Ausbildung eines ausgesprochenen Rhythmus. Wie der Verlauf so ist auch der Endpunkt der Bewegungen identisch: den Stereotypien der Bewegung entspricht daher meist auch eine Stereotypie der Haltung.

d) Die Dynamik der Bewegungen besteht beim Normalen darin, daß das Bewegungsziel unter Aufwand möglichst geringer Energie sicher erreicht wird. Dieses ökonomische Prinzip wird verwirklicht unter voller Ausnutzung der Koordination und Vermeidung aller für das Erreichen des Zieles überschüssiger Anspannungen und Mitbewegungen, wie es z. B. bei Einübung motorischer Fertigkeiten geschieht. Eine Störung der Bewegungsdynamik ist mit einem zwecklosen Kraftaufwand verbunden. Die Bewegungen mancher Kranker werden übertrieben kräftig ausgeführt oder mit irgendeiner unnötigen und daher unökonomischen Nuancierung versehen.

e) Verhältnis von Inhalt und Form. Die Bewegungen erscheinen ihrem Inhalte angepaßt oder diesem nicht entsprechend. Veränderungen sind in der Richtung zu beobachten, daß die Ausführung übertrieben hart, manieriert, geziert, affektiert, theatralisch, pathetisch usw. erfolgt.

Bei der inhaltlichen Betrachtung motorischer Erscheinungen ist zwischen zielstrebigen und ziellosen zu unterscheiden. Zu letzteren gehören zwecklose Bewegungen des Körpers und

Digitized by Google

der Extremitäten, Wälzen, Herumwerfen, Jaktationen; ferner sinnloses Herumlaufen, zweckloses Agieren usw.

Bei Zielbewegungen ist zu unterscheiden, ob das Ziel in zweckmäßiger Weise erreicht wird oder ob dem Ziele und der Situation nicht entsprechende Äußerungen erfolgen. Störungen ergeben sich dadurch, daß Willkürbewegungen durch unwillkürliche entstellt werden oder daß die Patienten das erstrebte Ziel auf Umwegen erreichen. So wenn ein Individuum zunächst ins Bett aufrecht hineinspringt, bevor es sich niederlegt oder eine Ortsveränderung mit Rotationen um seine eigene Achse vornimmt.

Der Untersuchung der aktiven Beweglichkeit schließt sich die der reaktiven an. Dabei haben wir zu unterscheiden, in welcher Weise ein Individuum auf Reize, die von außen kommen, reagiert. In erster Linie sind die Reaktionen nach Aufträgen zu motorischen Leistungen in Betracht zu ziehen. Zu registrieren ist das zeitliche Verhältnis zwischen Aufgabe und Ausführung und die Form derselben im Verhältnis zum Auftrage. In letzterer Hinsicht ist insbesondere der Einfluß, den die Komplikation der Aufgabe auf die Ausführung hat, zu beachten. Zu diesem Zwecke geht man in der Weise vor, daß man mit einfachen motorischen Leistungen beginnt und allmählich immer kompliziertere ausführen läßt. Charakteristisch ist „das Reagieren im letzten Augenblick". Dabei führen Kranke den Auftrag erst aus, wenn der Arzt sich entfernen will. Mitunter erfolgt nur eine rudimentäre Reaktion, ein Anlauf oder leiser Versuch, die verlangte Bewegung auszuführen.

Von Wichtigkeit erscheint der Einfluß, den Affekte auf die Leistung haben; so ist es nicht gleichgültig, von welcher Person ein Auftrag ausgeht (Arzt oder Wärter), und in welchem Tone der Auftrag gegeben wird. Als weitere Momente kommen auch die Art der Leistung, ob gewohnt oder ungewohnt (Berufsarbeit) sowie der Umstand in Betracht, ob ihn ein Individuum mit angespannter oder abgelenkter Aufmerksamkeit ausführt. Die abnorm weitgehende Befolgung aufgetragener Bewegungen, die als Ausdruck krankhafter Beeinflußbarkeit aufzufassen ist, wird als Befehlsautomatie bezeichnet. Endlich haben wir den Einfluß von äußeren Reizen, die von Sachen ausgehen, auf die Bewegungserscheinungen festzustellen, ob Speisen, Getränke usw. den Kranken

Digitized by Google

zu aktiven Leistungen, Greifbewegungen, Nahrungsaufnahme usw. veranlassen.

Eine derartige Untersuchung muß unter anderem über das Vorhandensein einiger besonderer abnormer Bewegungserscheinungen Aufschluß geben, nämlich über die Hypermetamorphose, worunter die Erscheinung verstanden wird, daß Kranke nach allen zufällig erblickten Gegenständen greifen, tasten, hindeuten, an ihnen herumriechen usw.; ferner Echopraxie und Echolalie, worunter die automatische Nachahmung von Handlungen und sprachlichen Äußerungen aus der Umgebung zu verstehen ist.

Die passive Beweglichkeit eines Individuums wird in der Weise geprüft, daß man Änderungen in der Stellung der einzelnen Gliedabschnitte zueinander vornimmt, eventuell das untersuchte Glied in eine ungewohnte Lage bringt und dann sich selbst überläßt. Bei dieser Untersuchung ist der suggestive Einfluß auf das untersuchte Individuum möglichst zu vermeiden, zu diesem Zwecke empfiehlt sich nachstehender Kunstgriff: man entfernt den Arm des Kranken aus seiner früheren Lage, fühlt den Puls und läßt mit einem Male den Arm wieder los.

Die wichtigsten bei Prüfung der passiven Beweglichkeit für die psychiatrische Diagnostik zu registrierenden Anomalien sind: Negativismus, der darin besteht, daß jede passive Lageveränderung auf Widerstand stößt, die Erscheinung ist in seltenen Fällen auf einzelne Körperteile beschränkt. Diese Anomalie bildet nur ein Symptom einer meist viel weitergehenden Änderung der Reaktionsweise und des psychischen Verhaltens, welche sich als eine Absperrung gegen alle aus der Umgebung kommenden Einflüsse und Erwiderung derselben mit entgegengesetzten Impulsen darstellt. Eine weitere diagnostisch bedeutungsvolle Änderung des motorischen Verhaltens ist die Flexibilitas cerea; bei Vorhandensein dieses Symptoms ist ein Widerstand zu empfinden, der sehr leicht überwunden wird, die Glieder behalten die ihnen gegebene Stellung bei. Die resultierende Stellung läßt sich förmlich modellieren. Letztere Erscheinung wird auch als Katalepsie bezeichnet, nur setzt diese nicht das eben beschriebene Verhalten während der Bewegung voraus, vielmehr ist dabei häufig auch zu beobachten, daß die Glieder den Lageveränderungen ohne jeden Widerstand folgen.

Digitized by Google

Besonders ist noch zu betonen: Die Untersuchung der Motilität hat im einzelnen Falle festzustellen, ob die beschriebenen reaktiven Störungen die gesamte Körpermuskulatur oder nur einzelne Teile derselben betreffen und ferner auf welche Reize die besonderen Bewegungserscheinungen eintreten, wobei ebensowohl die Kompliziertheit der Aufträge als etwaiger Komplexcharakter zu berücksichtigen ist.

2. Anomalien der Ausdruckserscheinungen (Sprache und Schrift).

Den meisten beschriebenen Anomalien der Körpermotilität entsprechen auch Änderungen der Sprache, die freilich nicht immer gleichzeitig bestehen müssen. Auch diese sind unter den gleichen Gesichtspunkten zu betrachten. Von rein formalen Störungen ist die Hemmung und Erregung sprachmotorischer Akte zu unterscheiden. Der Akinese entspricht der Mutacismus, dem Bewegungsdrang der Rededrang. Anomalien der Bewegungsfolge äußern sich als Änderungen des Tonfalles und der Modulation. Ständige Wiederholung gleicher Sätze wird als Verbigeration bezeichnet.

Besondere Sorgfalt erfordert die inhaltliche Wertung, dabei ist festzustellen, ob die Kranken Ausdrücke gebrauchen, die dem Inhalte der Rede entsprechen oder sich in unangebrachten, gezierten Redewendungen bewegen, ferner ob geläufige oder ungewöhnliche oder gar vom Individuum selbst gebildete Worte, Neologismen gebraucht werden. Eine weitere Frage ist, ob zwischen den einzelnen Worten ein logischer Zusammenhang besteht. Eine pathologische Änderung nach dieser Richtung wird als Sprachverwirrtheit bezeichnet, sinnlose, aus unzusammenhängenden Worten gebildete Produkte als Wortsalat; weiter können Störungen im Satzgefüge vorliegen, in dem zwar an sich korrekte Sätze vorgebracht werden, die aber in keinem inhaltlichen Zusammenhange stehen. Von Wichtigkeit ist es auch, den Beziehungen zwischen der Aufgabe und der motorischen Leistung nachzugehen, da vielfach zu beobachten ist, daß mit steigender Schwierigkeit der geforderten Leistung eine Änderung der Sprechweise erfolgt.

Zur objektiven Untersuchung motorischer Äußerungen erscheint das Studium der Schriftzeichen als besonders geeignetes Mittel, da die sonst kaum durchführbare Fixierung der motorischen

Digitized by Google

Figur 1. Manische Erregung: große anspruchsvolle Züge, hohe Schreibgeschwindigkeit, kräftiger, zunehmender Druck in Unterstreichungen.

Figur 2. Progressive Paralyse: ataktische Schriftzüge, Buchstabenversetzung, Silbenauslassung.

Digitized by Google

Figur 3. Dementia praecox: stereotype Schrift.

Figur 4. Dementia praecox: manirierte Schriftzüge.

Leistung hier von selbst gegeben ist. Der Ausprägung individueller, eventuell pathologischer Merkmale wirkt dabei freilich die Mechanisierung der Leistung und die im Unterricht erzwungene schematische Form entgegen. Bei der Untersuchung des geläufigen Materials von Geisteskranken zwingt außerdem auch die natürliche Unbeholfenheit Mindergebildeter und im Schreiben ungeübter Individuen auf die Unterscheidung feinerer Merkmale zu verzichten. Die Erfahrungen der Graphologie haben gezeigt, daß trotzdem in der Mehrzahl der Fälle individuelle Züge zum Vorschein kommen. Die von ihr unterschiedenen, zur Beurteilung der Schrift herangezogenen Merkmale sind z. T. in ihrer Bedeutung überhaupt noch strittig, z. T. für die Pathologie der Schrift belanglos. Wir wollen deshalb hier nur auf jene Richtungen eingehen, die tatsächlich, z. B. in Fällen, wo eine objektive Untersuchung nicht mehr möglich ist, (z. B. post mortem) zur Diagnose führen können. Von den Merkmalen, die eine derartige diagnostische Bedeutung beanspruchen können, seien erwähnt:

a) Ausnützung des gegebenen Raumes für die schriftliche Äußerung. Extreme Abweichungen in dieser Richtung stellen z. B. nachstehende Fälle vor: 1. Der gegebene Raum genügt nicht, wird bis auf die letzte freie Stelle kreuz und quer beschrieben (ideenflüchtige, motorisch erregte Individuen). 2. Der Raum ist zu weit (psychomotorische Hemmung). 3. Er wird in ungewöhnlicher Form ausgenützt (vgl. Fig. 3); in krasser Weise tritt diese Anomalie hervor, wenn etwa von der Peripherie gegen das Zentrum oder umgekehrt, spiralig oder radiär, usw. geschrieben wird (Dementia praecox, Katatonie).

b) Beachtung der Linienführung läßt meist ein unmittelbares Urteil über vorhandenen Tremor oder Ataxie zu.

c) Der aufgewandte Druck.

d) Größe der einzelnen Buchstaben.

e) Schreibgeschwindigkeit.

Von diesen drei Merkmalen sind c) und e) mittels der Kraepelinschen Schriftwage oder des einfachen Schriftdruckregistrierers (Henry) auch einer exakten quantitativen Messung zugänglich; mit der von Kraepelin entwickelten Methode wurden grundlegende Erfahrungen über die Schrift des Normalen und pathologische Abweichungen ermittelt. Auch schon die genauere

Digitized by Google

Betrachtung der Schriftzüge läßt meist ein ungefähres Urteil über die angeführten Merkmale zu; charakteristisch ist Anwachsen des Druckes neben Zunahme der Geschwindigkeit bei manischer Erregung, Abnahme des Druckes und Verlangsamung bei depressiver Verstimmung. Absolute quantitative Veränderung gegenüber der Norm zeigt der melancholische Zustand in kleinen Schriftzeichen, niedrigem Druck, geringer Geschwindigkeit; die manische Erregung bewirkt gegenteilige Veränderungen dieser Merkmale (vgl. Fig. 1).

f) Buchstaben und Silbenfolge. Versetzung von Buchstaben und Silben ergibt ein dem Silbenstolpern analoges Symptom im schriftlichen Ausdruck (Fig. 2).

g) Das Verhältnis zwischen Inhalt und Form läßt häufig ein sicheres Urteil über den Intellekt des Schreibers zu.

h) Verhältnis aufeinanderfolgender Züge. Hier ist vielfach starke Angleichung merklich, die bis zur Stereotypie der Form führt (Fig. 3). Besonders auffällig ist diese in den einförmigen Verschnörkelungen, die mit dem Gerippe der Buchstaben vielfach gar nicht organisch verbunden sind. Die Schrift verliert auf diese Weise das Einfache und Natürliche und wird maniriert (vgl. Fig. 4). Als diagnotisch besonders wichtig für Katatonie sind zu erwähnen abrupte Änderungen im Schriftzuge, die namentlich dann auffällig sind, wenn sie neben der Stereotypie vorkommen. Es handelt sich dann um den unvermittelten Übergang von einer Reihe gleichförmiger Bewegungen zu einer heterogenen unter sich wieder gleichförmigen Reihe.

i) Ornamentale oder zeichnerische Ausstattung. Hierher gehört das theoretisch wichtige und in neuester Zeit von verschiedenen Autoren behandelte Gebiet psychiatrischer Bewertung von Zeichnungen, auf das wir hier nicht näher eingehen.

3. Anomalien der Trieb- und Willenshandlung.

Die Untersuchung der äußeren Bewegungserscheinungen findet eine Vertiefung und Erweiterung in der Analyse der inneren Gründe, welche die Handlungen bestimmen. Diese Aufgabe kann sich darum besonders schwierig gestalten, weil wir dabei auch mit absichtlichen falschen Angaben und Selbsttäuschungen des Individuums zu rechnen haben. Speziell die Deutung der oben besprochenen motorischen Symptome

Digitized by Google

bildet ein umstrittenes Gebiet, indem die einen Autoren in ihnen den Ausdruck von pathologischen cerebralen Vorgängen zu erkennen glauben, die anderen zur Erklärung psychische Mechanismen heranziehen. In letzterer Hinsicht ist zu betonen, daß die Selbstbeobachtung der Kranken nicht als entscheidend anzusehen ist, da sie vielfach an abnorme Bewegungsvorgänge falsche Erklärungsvorstellungen knüpfen.

Die psychologische Analyse spontaner Bewegungen führt zur Unterscheidung zwischen Willens- und Triebhandlungen. Unter Trieb verstehen wir einen stark unlustbetonten Zustand, der durch spontane Bewegungen zu seiner Beseitigung drängt. Pathologische Triebäußerungen, Klepto-, Pyro-, Porio-, Dipsomanie wurden früher fälschlich als besondere Krankheitsformen angesehen. Auch die Willenshandlung kann von affektiven Zuständen ihren Ausgang nehmen, doch geht hier der Handlung die Vorstellung ihres Effektes, im Kampf der Motive voraus. In der Psychopathologie wird der Trieb vorwiegend negativ durch Mangel denkender Überlegung definiert. Die genaue Analyse hat im Einzelfalle vom äußeren Reize (begehrenswerter Gegenstand) oder inneren Impulse (sexuelle Erregung, Drang, sich unliebsamen Verhältnissen zu entziehen) auszugehen, in zweiter Linie Art und Wirksamkeit der das Handeln regulierenden gemütlichen und intellektuellen Funktionen zu berücksichtigen.

Eine Vertiefung in den Mechanismus der Willenshandlung ist schon darum erforderlich, weil forensische Interessen ihre genauere Bewertung verlangen. Die auf diese Weise sich für die klinische Untersuchung ergebende Aufgabe soll später in einem eigenen Abschnitte dargestellt werden.

Die rein klinische Betrachtung der Willenshandlung hat sich zunächst mit ihren affektiven Komponenten zu befassen. Dabei ergab die allgemeine Erfahrung, daß Verödung des Gefühlslebens, wie sie etwa im Zustand der Apathie besteht, eine Verarmung an spontanen Leistungen (Abulie) zur Folge hat, während starke Affekte (Zorn, Angst) vielfach allein für das Handeln maßgebend sind. Pathologisch gesteigerte Lustaffekte finden wir stets mit lebhaftem Beschäftigungsdrang (Unternehmungslust usw.) verbunden. Weiter führte die klinische Beobachtung auf sehr innige allgemeine Beziehungen zwischen dem Vorstellungsleben eines Individuums und seinem Handeln. Bei

Digitized by Google

starker Beschränkung der Vorstellungstätigkeit, wie sie in Zuständen der Demenz gegeben ist, wird die Willenshandlung rudimentär. Bekannt ist, daß die Handlungen der Idioten sich stark Triebäußerungen nähern, ebenso ist für das Handeln von tief dementen Paralytikern lediglich der unmittelbare Eindruck bestimmend. In einer mehr funktionellen Weise kommt ein ähnliches Bild zustande, wenn das Denken und der Vorstellungsablauf durch vorübergehende Störungen beeinträchtigt wird, wie es z. B. in Dämmerzuständen der Fall ist; dabei liegt eine mehr zeitweilige Verengerung des Bewußtseinsfeldes, der assoziativen Tätigkeit und des Vorstellungslebens vor, so daß Eindrücke in bestimmter Weise verzerrt werden; infolgedessen kann auch das Handeln pathologisch verändert werden. Je nach der Art und dem Grade der Veränderung gewinnen die Handlungen eine mehr triebhafte Form, indem sie durch die in bestimmter Weise entstellten Eindrücke unmittelbar beherrscht werden, bei relativ größerer Weite des Bewußtseinslebens kommt es auch zu komplizierteren Aktionen. Immer besteht aber ein deutlicher Gegensatz zwischen den Handlungen des Individuums im normalen und im Dämmerzustand. Auf diese Weise wird bei der Untersuchung das pathologische Moment sofort nahe gelegt. Im übrigen muß dieses Prinzip, die Motive nach dem Charakter der Handlung zu beurteilen, bloß als ein heuristisches bezeichnet werden und man kann geradezu den Satz aufstellen, daß eine Handlung, sei sie auch noch so scheußlich, ebensowohl von einem Geisteskranken wie von einem Gesunden ausgeführt sein kann. Aus der Handlung selbst können wir bloß Direktiven gewinnen, die Entscheidung, ob sie aus krankhaften Motiven erfolgte, ist nur durch Vertiefung in die Persönlichkeit und den wirksamen Willensmechanismus zu treffen.

Der diagnostische Gang wird sich in derartigen Fällen in der Weise abwickeln, daß sich der untersuchende Arzt nachstehende Fragen vorlegt:

1. Ist die Handlung durch die Anlage des Individuums zu erklären, welche eventuell pathologisch verändert sein kann (psychopathische Konstitution mit den ihr eigentümlichen Tendenzen, angeborener Schwachsinn usw.) oder stellt sie eine Folge der Einflüsse dar, welche seine Entwicklung bestimmen (intellektuelle und moralische Verwahrlosung).

Digitized by Google

2. Ist die Handlung als Folge einer krankhaft bedingten Änderung im geistigen Geschehen des Individuums anzusehen? Wir haben dabei in der Weise, wie es die spezielle Diagnostik zeigen wird, nach den einzelnen Formen von Geisteskrankheiten zu fahnden, wobei natürlich stets auch die Möglichkeit der Simulation ins Auge zu fassen ist.

Eine besondere Betrachtung verdienen Anomalien des Handelns, welche bei Krankheiten auftreten, in deren Wesen Willensstörungen gelegen sind. Hier ist, soweit die Selbstbeobachtung der Kranken Einsicht gestattet, zuweilen eine Änderung der Willenstätigkeit in dem Sinne gegeben, daß die Handlung sich nicht in der vom Patienten beabsichtigten Weise vollzieht. Bei leichteren Störungen dieser Art hören wir die Kranken darüber klagen, daß die intendierten Bewegungen auf einen inneren Widerstand stoßen, in schwereren Fällen scheint es zu einer Ablösung der Handlung vom Willen des Kranken zu kommen.

Bleuler hat mehrere Formen dieser Anomalie aufgestellt. Eine Form besteht darin, daß der Kranke die Handlung selbst zu wollen glaubt, aber die Motive nicht kennt.

Bei einem höheren Grade der Störung bleibt nicht nur das Motiv, sondern auch seine Umsetzung in die Handlung dem Kranken fremd. Er tut dann etwas, was er eigentlich nicht tun will, dem er sich aber auch nicht widersetzt. In der Ausdrucksweise eines Kranken, er: „läßt das Brüllen einfach über sich ergehen." Bei einer weiteren Form setzt der Kranke den auftauchenden Impulsen einen Widerstand entgegen. Manchmal haben derartige Individuen den Eindruck, daß die Glieder das Gewollte ohne ihr Zutun ausführen, sie fühlen sich dann gleichsam als Zuschauer ihrer eigenen Handlungen.

Die neuere Forschung ist namentlich den Beziehungen des Handelns zu Komplexen nachgegangen. Als gefühlsbetonte Vorstellungsgruppen können diese natürlich einen starken Einfluß auf das Handeln gewinnen und dafür maßgebend werden, wenn sie das Bewußtsein des Kranken erfüllen. Hypothetisches Gebiet wird aber betreten, wenn zur Erklärung von Handlungen verdrängte, dem Kranken selbst unbewußte Komplexe herangezogen werden. Hier ist zunächst noch Sammlung und kritische Bewertung von Beobachtungsmaterial erforderlich.

Digitized by Google

IX. Aufmerksamkeitsstörungen.

Mit der früher gegebenen Charakterisierung des normalen Bewußtseinszustandes als Klarheit und Deutlichkeit der Wahrnehmung haben wir Merkmale genannt, welche von einzelnen Psychologen zur Bestimmung der Aufmerksamkeit, als eines besonderen Zustandes des Bewußtseins verwendet werden. Die Bedeutung, welche die Aufmerksamkeit für den Ablauf von psychischen Prozessen insbesondere für intellektuelle Funktionen hat, macht es notwendig, ihren krankhaften Veränderungen und deren Folgen für das psychische Leben nachzugehen. Für die psychopathologische Betrachtung ist es zweckmäßiger, bei der Definition des Begriffes Aufmerksamkeit, sich dem gewöhnlichen Sprachgebrauche anzuschließen, der darunter die Bedingungen für die Klarheit und Deutlichkeit von Bewußtseinsprozessen versteht. Es ist begreiflich, daß eine derartige Wirkung ebensowohl durch Eigenart der Reize (z. B. große Intensität) als durch ein besonderes, willkürliches Verhalten des Individuums zustande kommt. Man unterscheidet danach eine passive und aktive Aufmerksamkeit. Bei Besprechung der Untersuchung des Bewußtseinszustandes hatten wir Versuche erwähnt, die zur Prüfung passiver Aufmerksamkeit dienten. Der Zustand aktiver Aufmerksamkeit läßt sich als ein innerliches Gerichtetsein auf den Eindruck, ein geistiges Verweilen bei ihm bezeichnen, wodurch assoziativ mit der Wahrnehmung verknüpfte Vorstellungen zur Entfaltung kommen können. Äußerlich ist dieser Zustand der Konzentration durch ein besonderes motorisches Verhalten charakterisiert, was aber nicht dazu verleiten darf, die Aufmerksamkeit mit diesem Verhalten, das ein Ausdrucksphänomen bildet, zu verwechseln. Eine für die klinische Untersuchung besonders geeignete Einteilung der verschiedenen Seiten des aufmerksamen Verhaltens hat Ziehen[1]) vorgenommen, dem wir uns daher in der Nomenklatur anschließen wollen. Mit ihm können wir bei der Aufmerksamkeit eine Vigilität und Tenazität unterscheiden. Der erste Begriff dient dazu, um das Erfassen des Eindruckes und den Übergang zu weiteren zu charakterisieren. Der zweite Begriff trifft das Merkmal des Verweilens bei einem Eindruck und die Konzentration auf denselben. Die beiden

---

[1]) Ziehen, Th., Psychiatrie. 3. Aufl. Leipzig 1908.

Digitized by Google

möglichen pathologischen Abweichungen vom normalen Verhalten sind als Steigerung oder Herabsetzung der unter Vigilität und Tenazität bezeichneten Funktionen zu denken. Sie werden als Hyper- und Hypovigilität bzw. Tenazität bezeichnet. Durch Kreuzung dieser Merkmale sind vier Verhaltungsweisen gestörter Aufmerksamkeit abzuleiten. Eine eigene Benennung fand noch der klinisch besonders wichtige Zustand der Hypervigilität mit Hypotenazität verbunden als Hyperprosexie und Hypovigilität verbunden mit Hypotenazität als Aprosexie. Zur Bezeichnung abnormer Aufmerksamkeitsverhältnisse wird von vielen Autoren auch der Ausdruck Ablenkbarkeit gebraucht, worunter der pathologisch gesteigerte Wechsel der Aufmerksamkeitsrichtung zu verstehen ist.

Unsere bisherige Besprechung hat sich vorwiegend auf das Verhalten zu äußeren Eindrücken bezogen. Diese Form der Aufmerksamkeit kann auch als sinnliche bezeichnet werden, deren Prüfung leicht mit einfachen Objekten (Uhr, Messer, Börse, Schlüssel usw.) vorgenommen werden kann. Eine scharfe Abgrenzung der sinnlichen Aufmerksamkeit von der intellektuellen, welche die Voraussetzung des Denkens bildet, ist aber nicht streng durchzuführen, da schon die bloße Auffassung eines Eindruckes ohne Mitwirkung von Erinnerungsvorstellungen nicht vonstatten gehen kann. Mit der Bezeichnung Konzentration ist darum auch schon ein Urteil darüber gegeben, daß die Bedingungen für einen geordneten Ablauf weiterer Bewußtseinsprozesse, die sich an den Eindruck anschließen können, vorliegen. Wie nun diese tatsächlich ablaufen, stellt eine neue Frage vor. Aufgabe einer genaueren psychischen Untersuchung muß es sein, auch nach dieser Richtung ein bestimmtes Urteil zu gewinnen.

In unserer jetzigen Betrachtung haben wir bloß die formale Seite dieses Verhaltens zu berücksichtigen, während der innere Wert, also die Produkte, die sich aus der aufmerksamen Betrachtung ergeben, von der speziellen Intelligenzprüfung bestimmt werden müssen. So gefaßt, lautet unsere jetzige Aufgabe, festzustellen, mit welcher Geschwindigkeit die psychischen Prozesse bei einem Individuum ablaufen. Die dazu von der experimentellen Psychologie verwendete Methode ist die Bestimmung der Reaktionszeiten oder kürzer und allgemeiner, der psychischen Zeiten. Da

Digitized by Google

es sich hier um die Feststellung minimaler Werte handelt, so stehen hierzu ganz präzis arbeitende Instrumente in Gebrauch, wie das Hippsche Chronoskop, welches Zeiten bis zu $^1/_{1000}$ Sekunde zu messen gestattet. Die klinische Untersuchung muß auf derart exakte Versuche verzichten; sie kann aber das angestrebte Ziel auf die Weise erreichen, daß sie zur Untersuchung kompliziertere psychische Prozesse wählt, deren Ablauf eine entsprechend längere Zeit in Anspruch nimmt. Schon die einfache Unterredung kann ein Urteil darüber gewähren, ob und wie rasch angeregte Gedankengänge ablaufen, welchen Anklang eine Vorstellung findet usw.

Das Extrem pathologischer Fälle bildet nach einer Richtung die Ideenflucht, wir verstehen darunter einen raschen Vorstellungsablauf und einen schnellen Wechsel aufeinanderfolgender Vorstellungen und Gedankenreihen. Die Abweichung nach der entgegengesetzten Richtung stellt die Gedankenhemmung vor, bei der es sich um einen verlangsamten Ablauf von psychischen Prozessen handelt.

Ein einfaches Mittel, bei einer derartigen Untersuchung auch objektive Werte zu gewinnen, ist die Bestimmung der psychischen Zeiten mittels der Fünftelsekundenuhr (Stopuhr), doch reicht für die nächste Orientierung auch schon der Sekundenzeiger einer gewöhnlichen Taschenuhr aus. Voraussetzung für derartige Versuche ist Kenntnis der Intelligenz des untersuchten Individuums, da die Gefahr besteht, daß eine Reaktion darum zu lange dauert, weil die gestellte Frage die Leistungsfähigkeit des Individuums übersteigt. Aus diesem Grunde sind zu einer derartigen Prüfung Aufgaben zu wählen, welche dem Bildungsgrade des Individuums entsprechen. Um die Resultate bei verschiedenen Individuen leicht vergleichen zu können, empfiehlt es sich, möglichst leichte Aufgaben zu stellen, wie Benennung einfacher Bilder, leichte Rechenexempel, Aufzählen von beliebig einfallenden oder sich reimenden Worten in möglichst rascher Folge, wobei die etwa in einer Minute produzierten Äußerungen notiert werden.

Als eine für die Prüfung der Aufmerksamkeit geeignete Methode kann die sogenannte Untersuchung der konjugierten Aufmerksamkeit empfohlen werden, sie erscheint darum besonders passend, weil sie keinerlei Voraussetzung an den intellektuellen Besitz stellt. Die Methode besteht darin, daß der Versuchsperson 25 in 5 Reihen angeordnete Quadrate vorgehalten

Digitized by Google

werden, deren horizontale und vertikale Anordnung durch Buchstaben bzw. Zahlen fixiert ist. Die Versuchsperson hat ein auf diese Weise durch Abszisse und Ordinate bezeichnetes Quadrat in möglichst kurzer Zeit zu zeigen; die hierzu erforderliche Zeit wird an der Fünftelsekundenuhr bestimmt und kann als Maß für den Konzentrationsgrad der Aufmerksamkeit verwendet werden.

Eine Ergänzung findet dieses Verfahren durch ein zweites, welches das Verhalten der Konzentration in der Zeit zu verfolgen gestattet. Diese Methode (Bourdon) besteht darin, daß die Versuchsperson in einem Texte fortlaufend bestimmte, häufig vorkommende Buchstaben, etwa 2—4, durchzustreichen hat.

X. Intellektuelle Funktionen.

Ein Urteil über die intellektuellen Funktionen kann aus der bisherigen Untersuchung gebildet werden, weil der Ablauf mancher der bereits besprochenen seelischen Prozesse vom intellektuellen Niveau und vom Denken des Individuums abhängig erscheint, wie das affektive Verhalten, die Wahnbildung, Willenshandlung usw. Wir müssen darum betonen, daß es zweckmäßig ist, bei jeder Untersuchung gleich von vornherein auch jene Züge im Krankheitsbild zu beachten, welche einen Ausdruck des Intellektes vorstellen. Das auf diese Weise gewonnene Urteil wird in den meisten Fällen zutreffend sein, da es sich auf ein im täglichen Leben geübtes und zumal bei Ärzten fein entwickeltes Unterscheidungsvermögen gründet; aber es bleibt subjektiv, und wir dürfen uns der Möglichkeit, objektive Werte zu sammeln, nicht begeben, wo diese überhaupt zu gewinnen sind. Gerade hier läßt sich aber die Untersuchung quantitativ gestalten und dies ist darum von besonderem Vorteil, weil einerseits die Diagnose des Schwachsinns auf diese Weise erst überzeugend wird, anderseits klinische und forensische Interessen uns dazu veranlassen, den Grad intellektueller Abschwächung in Fällen zu bestimmen, bei denen eine fortschreitende Demenz besteht.

Im folgenden wird übersichtlich der Untersuchungsgang bei der Intelligenz- und Gedächtnisprüfung besprochen werden. Daran anschließend sind im Anhange eine Reihe von Beispielen zusammengestellt, welche es ermöglichen sollen, diese Funktionen in umfassender und wissenschaftlich brauchbarer Weise zu unter-

Digitized by Google

suchen. Dabei gilt das insbesondere von Sommer[1]) vertretene Prinzip, in jedem Falle das gleiche Wortmaterial zu verwenden und die gleichen Bedingungen zu beobachten, da allein auf diese Weise vergleichbare Werte gewonnen werden können, die einen sicheren Schluß auf die Art und den Grad der Abweichung gestatten.

a) Gedächtnisprüfung.

Bei einer weiteren Fassung des Gedächtnisbegriffes fällt auch dieses unter die intellektuellen Funktionen. Für die klinische Untersuchung kann es nur vorteilhaft sein, das Gedächtnis in diesem weiteren Sinne zu nehmen, weil wir dann bei seiner objektiven Untersuchung Werte gewinnen, welche gleichzeitig einen Ausdruck für den Intelligenzgrad bieten, wodurch sich für die spezielle Intelligenzuntersuchung eine Kontrolle ergibt. Sie kann auf diese Weise bei eindeutigem Ausfall wesentlich vereinfacht oder gar erübrigt werden.

Bei einer derartigen Fassung des Gedächtnisbegriffes enthält er sowohl die Funktion, ein bestimmtes Vorstellungsmaterial sich anzueignen: Lernfähigkeit, als das Aufgefaßte zu behalten: Merkfähigkeit, — Retention.

Die Untersuchung des Gedächtnisses läßt sich bei Geisteskranken exakt wissenschaftlich durchführen. Dazu wurde eine Reihe von Methoden entwickelt, die vorwiegend mit instrumenteller Hilfe (Mnemometer verbunden mit zeitmessenden Apparaten) arbeiten. Eine genauere Darstellung dieser Methoden ist in meinem Leitfaden der experimentellen Psychopathologie[2]) zu finden. Für die klinische Untersuchung empfehlen sich einfachere Verfahren, die zu wissenschaftlichen Zwecken nur orientierendes Material liefern können.

Eine Sonderung der beiden im Gedächtnisbegriff enthaltenen Funktionen ist praktisch kaum durchführbar, da der Reproduktion eines bestimmten Materiales stets seine Auffassung vorangehen muß. Die reine Merkfähigkeit wird darum relativ isoliert, wenn man zur Untersuchung möglichst leichte, unmittelbar faßliche

---

[1]) Sommer, R., Lehrbuch der Psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Berlin 1899.

[2]) Gregor, A., Leitfaden der experimentellen Psychopathologie. Berlin 1910.

Digitized by Google

Stoffe wählt. Prinzipiell kann eine derartige Prüfung in zweifacher Weise vorgenommen werden:

1. an der Hand eines schon vorhandenen, d. h. vom Individuum bereits aufgefaßten Materiales. Man hat dabei den Vorteil, die Merkfähigkeit für alle möglichen Zeiträume zu prüfen. Andererseits aber fehlt dann eine genauere Kenntnis der Aufnahmebedingungen, welche für das Behalten von größter Wichtigkeit sind. Bei einer solchen Untersuchung fragen wir nach Erlebnissen und Vorfällen, deren Ablauf uns bekannt ist und die mehr oder weniger weit zurückliegen; etwa über die Art der Zuführung, Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes, Erlebnisse im Krankensaal, genossene Speisen usw.

Eine derartige Untersuchung begegnet mancherlei Schwierigkeiten. Häufig ist der Tatbestand, auf den sich die Fragen beziehen, dem Untersucher selbst nicht genügend bekannt; ferner bleibt es dahingestellt, wie viel von dem Tatbestande das Individuum aufnehmen konnte und wie viel es wirklich aufgenommen hat. Man kann also auf diese Weise zwar ein ziemlich umfangreiches Material erhalten, es ist aber roh. Das Resultat muß demnach vielfach ein vorläufiges bleiben, der Untersucher bloß zur Vermutung kommen, daß der Kranke relativ wenig wahrgenommen hat, sein Interesse gering war oder daß er viel vergißt usw. Diese Vermutung muß erst sichergestellt werden, und zwar in der Weise, daß der Tatbestand fixiert und die Art seiner Aufnahme kontrolliert wird. Dies geschieht

2. im psychologischen Versuch, der sich derart einfach gestalten läßt, daß er stets auch am Krankenbett durchgeführt werden kann. Da Differenzen in der Merkfähigkeit für verschiedenartige Eindrücke bestehen, empfiehlt es sich, die Prüfung mit verschiedenem Materiale vorzunehmen. Sie kann jederzeit und ohne weitere Voraussetzungen geschehen. Man verwendet dann als optische Reize die nächsten Objekte, Schlüssel, Uhr, Münzen usw. Bei der Prüfung der Merkfähigkeit für akustische Eindrücke werden der Versuchsperson Zahlen, Worte oder kurze Sätze vorgesprochen, wobei sich die Anknüpfung an die Bedürfnisse des täglichen Lebens empfiehlt (Straße, Hausnummer, Datum, Jahreszahl usw. Beispiele im Anhang). Nachdem man der Versuchsperson den Auftrag erteilt, sich das Gesagte zu merken, wird ihre Aufmerksamkeit abgelenkt,

Digitized by Google

um zu vermeiden, daß sie durch stilles Wiederholen das Gesagte sich einprägt. Nach einer bestimmten Zeit wird die Reproduktion veranlaßt, wobei, um möglichst viel Detail zu gewinnen, ein bestimmter Weg einzuschlagen ist. Man richtet deshalb an den Kranken zunächst die Frage, ob ihm ein bestimmter Auftrag erteilt wurde; falls dies negiert wird, ob er sich etwas merken sollte. In dieser Weise werden immer weitere Hilfen erteilt. Bei einer derartigen Prüfung ist im Auge zu behalten, daß gedächtnisschwache Individuen ihre Lücken vielfach mehr — weniger geschickt zu verstecken suchen und konfabulieren. In allen Fällen ist mit dem Versuche auch eine Prüfung der Zeitschätzung zu verbinden. Es wird also auch gefragt, wann das Objekt gezeigt wurde usw.

Eine Erweiterung kann die Krankenuntersuchung durch etwas kompliziertere und exaktere Methoden erfahren, die aber immer noch am Krankenbette durchzuführen sind. Zur Prüfung des sog. Zahlengedächtnisses empfiehlt sich z. B. ein von Vieregge[1]) angegebenes Verfahren, das in 3 Versuchsserien besteht.

1. Sofortige Reproduktion vorgesprochener Zahlen.
2. Reproduktion nach 1 Minute ohne Zerstreuung.
3. Reproduktion nach 1 Minute mit Zerstreuung.

In der ersten Versuchsreihe nimmt man den Ausgang von einer hohen Zahl, von der anzunehmen ist, daß sie nicht reproduziert werden kann und geht dann zu immer kleineren über, bis fehlerloses Nachsprechen erfolgt. In der zweiten Versuchsreihe hat der Kranke die vorgesprochenen Zahlen nach 1 Minute zu wiederholen. In der Zwischenzeit wird er sich selbst überlassen. In der dritten Versuchsreihe wird die Zwischenzeit durch eine bestimmte, ablenkende Tätigkeit, Zählen usw. ausgefüllt. Das Ergebnis der Prüfung kann in einer Zahl ausgedrückt werden, deren einzelne Stellen die Länge der in jeder Versuchsreihe behaltenen Zahlen anzeigen.

Eine genauere Prüfung der Merkfähigkeit für kompliziertere visuelle Eindrücke wird im Anschlusse an die von

---

[1]) Vieregge, C., Prüfung der Merkfähigkeit Gesunder und Geisteskranker mit einfachen Zahlen. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 65 S. 207, 1908.

Digitized by Google

Stern[1]) für die Aussagepsychologie entwickelte Methode vorgenommen. Bei der klinischen Untersuchung geht man in der Weise vor, daß man der Versuchsperson ein Bild, das am besten einen Vorgang darstellt, durch $^1/_4$ bis 1 Minute vorhält und den Auftrag erteilt, den Inhalt möglichst genau aufzufassen und zu behalten. Unmittelbar nach der Exposition hat die Versuchsperson ihre Wahrnehmungen zu Protokoll zu geben. An diesen Bericht schließt sich eine Exploration, bei der nach den wesentlichen Bestandteilen gefragt wird. Es empfiehlt sich, auch Suggestivfragen zu verwenden. Ein derartiger Versuch gibt zunächst eine Orientierung über die sogen. Spezialgedächtnisse, also die Merkfähigkeit für Personen, Sachen, räumliche, zeitliche Verhältnisse, Farben usw. In einfacher Weise können auch die verschiedenen Seiten der Aussage zahlenmäßig fixiert werden. So gewinnt man einen Ausdruck für deren Treue, wenn man die richtigen Aussagen zu der Summe der richtigen und falschen in Beziehung setzt. Die Spontaneität des Wissens entspricht dem Verhältnis der spontanen richtigen Angaben im Berichte zu den richtigen Angaben der Gesamtaussage. Im besonderen Falle kann es auch von Wert erscheinen, die Auffassung von wesentlichen und unwesentlichen Bestandteilen auseinander zu halten, den Grad der Suggestibilität festzustellen oder andere Funktionen quantitativ zu bewerten, wie es in Sterns Untersuchungen geschehen ist. Dem ersten Versuche wird nach einer bestimmten Zeit (1 bis mehrere Tage) ein zweiter angeschlossen, der in gleicher Weise aber ohne Exposition des Bildes vorgenommen wird, um die Merkfähigkeit für länger zurückliegende Eindrücke zu prüfen: sekundäre Aussage.

Eine weitere für den klinischen Gebrauch empfehlenswerte Methode ist in ihren Resultaten mehr von den intellektuellen Fähigkeiten als von der Merkfähigkeit bestimmt. Sie besteht darin, daß der Versuchsperson ein mehr oder weniger schwieriger Text, Fabel, Erzählung, Zeitungsnotiz vorgelesen wird, oder daß man sie selbst lesen läßt. Dann wird in ähnlicher Weise der spontane Bericht aufgenommen und eine Exploration durchgeführt.

---

1) Stern, W., Die Aussage als geistige Leistung und als Verhörsprodukt. Beiträge z. Psychologie der Aussage. Bd. 1. 1903/4 S. 269.

Digitized by Google

Die genauere Analyse der gesamten Aussage ergibt Anhaltspunkte zur Beurteilung verschiedener psychischer Funktionen, Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit usw. Auch psychische Anomalien, Perseveration, Konfabulation, Veränderung des Ichbewußtseins, Wahnbildung können auf diese Weise aufgedeckt werden.

Die Prüfung der Lernfähigkeit kann gleichfalls an verschiedenem Materiale (Lernstoff) vorgenommen werden. Im besonderen Falle können auch optische Zeichen, die keine symbolische Bedeutung haben, wie Zahlen oder Buchstaben, eingeprägt werden. Meist beschränkt man sich aber auf ein der Versuchsperson geläufiges Material, Ziffern und Worte. Am einfachsten gestaltet sich der Versuch bei der Verwendung von Zifferreihen. Man spricht dabei eine Reihe von Ziffern in bestimmtem Rhythmus vor und läßt nach jedesmaligem Vorsagen das Behaltene angeben, so lange, bis eine fehlerfreie Reproduktion erfolgt. Die einzelnen Angaben der Versuchsperson werden genau notiert. Nach Beendigung des Versuches ist zunächst der Typus der Reproduktion festzustellen. Der gewöhnliche besteht darin, daß zuerst Anfangs- und Endglieder genannt werden, später auch die Mittelglieder zur Reproduktion kommen. Einen zweiten, ebenfalls normalen Typus bildet die Reproduktion der aufeinanderfolgenden Stellen der Reihe. Wenn wir die richtig reproduzierten Ziffern mit einem + bezeichnen, so lassen sich die beiden Typen in schematischer Weise wie folgt darstellen:

3	7	4	2	9	6	8	5
+	+						+
+	+	+				+	+
+	+	+			+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+

3	7	4	2	9	6	8	5
+	+	+					
+	+	+	+				
+	+	+	+	+			
+	+	+	+	+	+		
+	+	+	+	+	+	+	
+	+	+	+	+	+	+	+

Bei großer Abweichung von diesen Typen ist, wenn keine besonderen Störungen vorliegen, auch an die Möglichkeit von Simulation zu denken.

Digitized by Google

Etwas schwieriger in der Durchführung, aber vielseitiger im Resultat wird der gleiche Versuch bei Verwendung von unzusammenhängenden oder sinnlosen Worten (Beispiele im Anhang). Bei Versuchen dieser Art erhält man in der Zahl der Wiederholungen bis zur Erlernung einen Ausdruck für die Lernfähigkeit, während die Fehleranalyse oft einen tiefen Einblick in die beim Lernen beteiligten intellektuellen Funktionen, Aufmerksamkeit und Auffassung gewährt. Die Fehler sind teils Auslassungen, teils Versetzungen an sich richtiger, d. h. der Reihe angehöriger Worte, teils Entstellungen der richtigen Worte, die durch verschiedene Mechanismen zustande kommen, teils reihenfremde Worte. In schweren Störungen kann auch das Auftreten heterogener Elemente in der Reproduktion, etwa Zahlen beobachtet werden.

Die dritte Form eines derartigen Gedächtnisversuches bildet das Lernenlassen von zusammenhängenden Worten: mehr oder weniger lange und schwierige Sätze, kleine Prosastücke, Gedichtsstrophen usw. (siehe Anhang). Aus den Protokollen ist zu entnehmen, ob eine Erschwerung der Auffassung besteht, ob das Individuum in mechanischer oder logischer Weise lernt. Das Extrem mechanischer Erlernungsweise wird bei geistesschwachen Individuen beobachtet, die ohne Rücksicht auf den Sinn, nach den oben beschriebenen Typen reproduzieren. Die bei der Reproduktion gemachten Fehler, Entstellungen, Ergänzungen usw. können eine Reihe eigentümlicher, event. pathologischer Züge der Versuchsperson darstellen.

Zu einer vollständigen Gedächtnisprüfung gehört eine Wiederholung des Versuches nach ein bis mehreren Tagen. Der einmal erlernte Stoff wird dabei in der Regel mit einer geringeren Zahl von Lesungen wieder erlernt. Die Differenz zwischen den Wiederholungszahlen beim ersten und zweiten Versuch bietet einen Ausdruck für die Retention (Ersparnisverfahren nach Ebbinghaus).

Kurz sei noch auf eine weitere Methode der Gedächtnisprüfung eingegangen, welche von G. E. Müller und Pilzecker in Versuchen an Normalen zum erstenmal verwendet, von Ranschburg[1]) für pathologisches Material ausgebildet wurde und sich auch zu

[1]) Ranschburg, P., Das kranke Gedächtnis. Leipzig 1911.

Digitized by Google

diesen Zwecken bewährt hat: die Treffer- oder Wortpaarmethode. Dabei werden der Versuchsperson eine Reihe von Wortpaaren, die in mehr oder weniger inniger assoziativer Beziehung stehen, vorgezeigt oder vorgelesen und sie hat die Aufgabe, bei der späteren Vorführung des ersten (Stich-) Wortes das zweite (Paar-) Wort zu nennen.

b) Intelligenzprüfung.

Die zu klinischen Zwecken vorgenommene Intelligenzprüfung hat zwei Aufgaben zu genügen, nämlich den Stand des bei einem Individuum vorhandenen Wissens zu ermitteln und seine intellektuelle Leistungsfähigkeit zu bewerten. Beide Aufgaben sind getrennt zu behandeln, da jede dieser Funktionen unabhängig von der anderen variieren und auch gestört sein kann. Wir finden einerseits Fälle, die über ein relativ hohes Wissen verfügen, bei denen aber die Fähigkeit zu weiterem Erwerbe stark vermindert ist, andererseits, wenn auch seltener, Fälle, in denen ein neuer Erwerb wohl möglich ist, aber das Hinzutretende bald in Vergessenheit gerät.

Die erste Aufgabe fällt mit der Aufnahme des geistigen Inventars zusammen. Das Urteil über eine Verminderung desselben setzt außer einer Feststellung des gegenwärtigen Besitzes genauere Kenntnis des Standes in den gesunden Tagen voraus. Die Aufnahme des geistigen Inventars kann bei intellektuell hochentwickelten Individuen zu den allergrößten Schwierigkeiten führen und im gegebenen Falle die Mitwirkung eines Sachverständigen aus dem Berufe des Kranken notwendig machen. Die Praxis vereinfacht diese Aufgabe allerdings erheblich, da es in der Mehrzahl der Fälle nur auf die Feststellung ankommt, ob geistiger Besitz in der Jugend erworben wurde. Für die spätere Entwicklung des Intellekts ergeben die Fortschritte im Beruf, die Stellung des Individuums genügende Anhaltspunkte zur Bewertung seines intellektuellen Verfalles, so daß man sich meist mit der Beantwortung der Frage begnügen kann, in welcher Weise die intellektuellen Funktionen jetzt noch ablaufen.

Die Prüfung der Schulkenntnisse bezweckt eine Ergänzung und Kontrolle der Anamnese oder muß sie ganz ersetzen. Das heute überaus eifrig betriebene Studium hat zur Ausarbeitung einer bestimmten Methode (Binet-Simon) geführt, die mit

Digitized by Google

relativ geringem Zeitaufwand bei jugendlichen Individuen darüber orientiert, ob ihre Intelligenz tatsächlich auf der Höhe steht, die nach dem Alter zu erwarten wäre.

Diese Methode der Intelligenzprüfung sucht, wie aus der Art der Tests (siehe Anhang) hervorgeht, nicht nur den Wissensstand, sondern auch unabhängig vom Schulwissen die intellektuelle Leistungsfähigkeit zu prüfen. Es erscheint darum für die klinischen Zwecke erforderlich, anschließend noch eine Prüfung der Schulkenntnisse im engeren Sinne vorzunehmen, wozu eine Reihe von Fragen über Rechnen, geographische, politische Kenntnisse usw. gestellt wird.

Eine Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß die Prüfung des Intelligenzfortschrittes nach der besprochenen Methode sich nur bis zum 12. Jahre durchführen läßt. Man muß sich nun sehr wohl davor hüten, wie es bereits versucht wurde, irgend eine summarische Prüfung ähnlicher Art als maßgebend für die Intelligenz des Erwachsenen anzusehen, vielmehr ist dies stets eine Frage des konkreten Falles. Der zweite vorkommende Fehler besteht darin, Erwachsene überhaupt in der gleichen Weise zu untersuchen und ihnen eine besondere Stufe zuzuweisen, ausgehend von der Vorstellung, daß die Intelligenz bei bestimmten Erkrankungen auf einem kindlichen Niveau stehenbleiben oder zu diesem wieder zurückkehren kann.

Wir können also das besprochene Verfahren mit wissenschaftlicher Berechtigung nur bei der Untersuchung von Kindern verwenden und bei Erwachsenen mit einer allgemeineren Prüfung feststellen, ob sie über ein Wissen verfügen, welches normale Intelligenz in der Jugend voraussetzt. Ergibt sich dabei, daß ihnen das in der Schule gewöhnlich erworbene Wissen mangelt, dann ist entweder ein schon in der Jugend bestehender Schwachsinn oder ein Prozeß anzunehmen, der das gesamte Wissen des Individuums zerstört.

Die Diagnose derartiger Krankheiten (organische Demenz, progressive Paralyse) gelingt meist aus den allgemeinen psychischen und somatischen Befunden, andere zu Demenz führende Leiden lassen aber den einmal erworbenen Besitz relativ intakt, so daß eine vollständig durchgeführte Aufnahme des geistigen Inventars eine objektive Bestimmung des Zeitpunktes der Erkrankung ergeben würde.

Digitized by Google

Nun ist aber wie erwähnt, eine derartige Untersuchung meist undurchführbar, und wir müssen uns zunächst noch mit der Feststellung des Schulwissens begnügen, womit aber auch tatsächlich dem diagnostischen Bedürfnis entsprochen wird, da in der Mehrzahl der Fälle der zur Demenz führende Prozeß in der Nähe der Pubertät einsetzt. Wir sind also durch Prüfung des Schulwissens instand gesetzt, zu entscheiden, ob angeborener Schwachsinn vorliegt oder die den Schwachsinn bedingende Krankheit erst zur Zeit oder nach der Pubertät einsetzte. Jede weitere und genauere zeitliche Bestimmung wird in der Regel nur nach der Anamnese getroffen werden können. Dagegen ist es aber wieder Aufgabe der objektiven Untersuchung, das Vorhandensein eines die Intelligenz beeinträchtigenden Prozesses nachzuweisen. Dies geschieht durch Prüfung der geistigen Leistungsfähigkeit. Dabei empfiehlt es sich, den formalen Ablauf geistiger Arbeit von dem Produkte selbst abzugrenzen. In ersterer Hinsicht ist ein Urteil durch Feststellung der zeitlichen Verhältnisse der Arbeitsleistung zu gewinnen; wir gehen dabei so vor, daß wir irgendeine kontinuierliche Arbeit ausführen lassen. Als solche erscheint am besten fortlaufendes Addieren einstelliger Zahlen geeignet, wie sie etwa in den Kraepelinschen Rechenheften[1]) zum Gebrauche fertig zusammengestellt sind. Schwieriger gestaltet sich die Untersuchung, wenn die Frage aus dem Ergebnis von Versuchen mit Auswendiglernen beantwortet werden soll. In jedem Falle gelangt man zum Ziel, wenn die in bestimmten Zeiträumen, etwa 5 Minuten, geleisteten Produkte hinsichtlich ihrer Quantität sowie in bezug auf die Qualität (Zunahme von Fehlern usw.) miteinander verglichen werden.

Zur Beurteilung der inhaltlichen Seite geistiger Leistungen sind eine Reihe von mehr oder weniger komplizierten Verfahren in Übung, die im einzelnen die Aufgabe nicht erschöpfen, aber immerhin Aufschluß über mancherlei Züge der geistigen Arbeit gewähren und bei ausreichender Verwendung intellektuelle Defekte aufdecken. Größere Sicherheit des Urteils kann natürlich gewonnen werden, wenn aus der Anamnese die frühere Leistungsfähigkeit des Individuums bekannt ist.

---

[1]) Käuflich bei der Verlagsanstalt K. Gerber, München.

Digitized by Google

Unter den Methoden, welche zur exakten Darstellung intellektueller Prozesse dienen, hat der Assoziationsversuch z. T. wegen der Einfachheit seiner Ausführung die größte Verbreitung gefunden. Wenn er auch seinen eigentlichen Zweck, eine elementare psychische Funktion darzustellen, nicht erfüllt, weil, wie man später eingesehen hat, für das Ergebnis eine Reihe psychischer Funktionen (Auffassen, Wiedererkennen, Fühlen und Wollen) bestimmend sind, so hat er doch seine Stellung in der experimentellen Psychologie behauptet. Die erwähnte Komplikation der vorliegenden Bedingungen konnte seiner klinischen Verwendung nur förderlich sein, da auf diese Weise die Methode als eine vielseitige gelten kann, welche in verschiedenen Fällen verschiedene Anomalien anzuzeigen vermag.

Die Ausführung gestaltet sich in einfacher Weise. Die Versuchsperson erhält den Auftrag, auf jedes ihr zugerufene Reizwort ohne weiteres Besinnen mit der nächsten auftauchenden Vorstellung zu reagieren. Für die klinische Untersuchung erscheint es vollkommen ausreichend, die Reaktionszeit mittels der Fünftelsekundenuhr zu bestimmen. In manchen Fällen genügt auch schon der Sekundenzeiger einer Taschenuhr. Die Reizworte können nach dem von Sommer zusammengestellten Schema gewählt werden, das drei Gruppen enthält. 1. Eigenschaftsworte. 2. Objektvorstellungen. 3. Worte für affektive Zustände und Begriffe. Jedenfalls ist, wenn der Versuch einigermaßen systematisch durchgeführt werden soll, erforderlich, möglichst verschiedenartige Worte, konkrete Vorstellungen und abstrakte Begriffe zusammenzustellen und die Versuche bei allen Kranken in der gleichen Reihenfolge durchzuführen. Für die Sichtung des gewonnenen Materials wurden von verschiedenen Seiten Einteilungsprinzipien entworfen. Wertvoll erwies es sich, innere und äußere Assoziationen und Klangreaktionen auseinanderzuhalten. Wichtiger aber ist es, dem inneren Mechanismus der Assoziation nachzugehen; dies gelingt meist in der Weise, daß man von der Vp. für jede Reaktion eine Erklärung verlangt, wie sie zu dem besonderen Reizwort gekommen sei. Zweckmäßig erscheint es auch, nach Abschluß des eigentlichen Assoziationsversuches einen Reproduktionsversuch anzustellen, bei dem die Reizworte nochmals vorgelegt werden und die Versuchsperson in gleicher Weise reagieren soll.

Digitized by Google

Ein derartiger Versuch kann außer über reproduktive Funktionen auch noch über Gefühlsvorgänge, affektive Störungen und Vorhandensein von Komplexen Aufschluß geben. Eine zweckmäßige Modifikation des üblichen Assoziationsversuches wurde in neuester Zeit in der Weise durchgeführt, daß dem Kranken ganze Sätze vorgesprochen wurden, auf die er in beliebiger Weise zu reagieren hatte. Die Sätze sind teils indifferenten Inhaltes, teils den typischen Äußerungen affektiv verstimmter Individuen nachgebildet. Diese Methode ermöglicht es, sich der im besonderen Falle gegebenen Fragestellung anzupassen.

Die in großer Zahl ausgeführten Assoziationsversuche haben bei vielen Krankheitsformen positive und z. T. auch charakteristische Resultate ergeben, so beim manisch-depressiven Irresein, der Epilepsie und bei verschiedenen Demenzformen. Insbesondere gelang es bei der Imbezillität, auf diese Weise die Ärmlichkeit von Vorstellungen, die sprachliche Ungeschicklichkeit und Unbeholfenheit, die mangelnde Beweglichkeit des Denkens zur Darstellung zu bringen. Im ganzen läßt sich aber nach den bisher gewonnenen Resultaten sagen, daß das Assoziationsexperiment zwar nicht den Anspruch einer diagnostisch entscheidenden Methode erheben kann, es vermag aber wohl den Vorstellungsverlauf bei Geisteskranken in besserer und übersichtlicherer Weise zu charakterisieren als es bei der üblichen Krankenexploration gelingt; ferner ist es auch dazu geeignet, bei Gesunden und Geisteskranken individuelle Züge des Denkens zum Ausdruck zu bringen. In letzterer Hinsicht hat es in neuerer Zeit als Mittel, Komplexe aufzudecken, sowie zur Erhebung des Tatbestandes eine ausgedehnte Verwendung gefunden. Der Assoziationsversuch im Dienste der Tatbestandsdiagnostik knüpft an die übliche Form, die oben beschrieben wurde, an. Er erfordert aber eine besondere Art der Zusammenstellung von Reizworten und macht auch an die Durchführung besondere Ansprüche, endlich gestaltet sich die Wertung des Ergebnisses anders als bei dem am Krankenbette vorgenommenen Assoziationsversuche. Seine Durchführung muß danach dem experimentell-psychologischen Laboratorium überlassen werden.

Die an normalen Versuchspersonen gemachten Erfahrungen haben gezeigt, daß gerade intelligente Versuchspersonen äußere

Digitized by Google

und oberflächliche Assoziationen bevorzugen. Da außerdem das Assoziationsexperiment seinem Prinzipe gemäß die Stellungnahme der Versuchsperson zum Reizwort nicht näher bestimmt, so ist darin kein adäquates Mittel zur Intelligenzprüfung zu erblicken. Die positiven Resultate, die in dieser Hinsicht bei Demenzen gewonnen wurden, erklären sich daraus, daß derartige Individuen auf die inhaltlichen Beziehungen des Reizwortes eingehen. Eine der Intelligenzprüfung speziell dienende Methode muß darum gerade in dieser Hinsicht die Aufgabe der Versuchsperson bestimmen. Dies geschieht in einfachster Weise dadurch, daß eine Definition des Reizwortes verlangt wird. Die Anwendung dieser Definitionsmethode scheint besonders empfehlenswert, weil sie sowohl am Krankenbett durchgeführt werden kann als auch zu wissenschaftlich verwertbaren Resultaten führt. Ihr Zweck ist, die Leistungsfähigkeit eines Individuums unabhängig vom Schulwissen festzustellen und den Grad der intellektuellen Abschwächung zu bestimmen. Aus diesem Grunde werden dazu Begriffe verwendet, deren Definition in der Schule nicht geübt wird, ferner eine Abstufung in der Schwierigkeit der Aufgabe hergestellt, indem man von einfachen konkreten Vorstellungen ausgeht und zu immer schwierigeren und allgemeineren Begriffen aufsteigt (Beispiele im Anhang).

Bei der Wertung des Resultates sind natürlich nicht nur jene Fälle als positiv anzunehmen, in denen das Individuum eine logische sowie formell und sachlich korrekte Definition abgegeben hat, es kommt vielmehr bei dieser Prüfung darauf an, festzustellen, ob es den bestimmten Begriff überhaupt besitzt, und welche Merkmale es als wesentlich ansieht. Fehler der ersten Art führen ohne weiteres vor die Annahme eines geistigen Defektes, Fehler der zweiten Art weisen auf eine besondere Gestaltung des geistigen Lebens hin, welche durch die Eigenart der geistigen Entwicklung oder krankhafte Störungen erzeugt sein kann. So ist häufig bei Kindern in dem Ergebnis der Methode die moralische Verkümmerung deutlich ausgesprochen.

Weiter ist aus der Art, in welcher die Definitionen aus den bekannten Merkmalen formuliert werden, die geistige Beweglichkeit und sprachliche Gewandtheit zu entnehmen. Im besonderen Fall ergibt sich z. B. auf diese Weise der Schluß, daß ein Individuum geistig gut veranlagt, aber infolge ungünstiger

Digitized by Google

Bedingungen für eine geistige Entwicklung intellektuell verkümmert ist.

Zwar fehlen bisher noch ausgedehnte Unterlagen, um die Methode nach allen Seiten ergiebig zu gestalten, dem untersuchenden Arzt wird sie aber schon allein dadurch Dienste leisten, daß sie ihm bestimmte Direktiven (Themen) angibt, an die bei der Intelligenzprüfung angeknüpft werden kann. Von Wert erscheint sie auch endlich darum, weil die verschieden komplizierten und abgestuften Begriffe die Möglichkeit bieten, Individuen jeder Kulturstufe zu untersuchen. —

Eine Methode, die fast stets zum Ziele führt und mindestens eine vorläufige Orientierung über den Stand der Intelligenz gewährt, ist die der Unterschiedsfragen. Die Versuchsperson hat dabei den Unterschied zwischen konkreten Begriffen, wie Baum und Strauch, Teich und Fluß, Leiter, Treppe, oder abstrakten, wie Irrtum und Lüge, Geiz und Sparkamkeit, anzugeben. Schwachsinnige Individuen stehen dieser Methode meist hilflos gegenüber und suchen die Frage mit komparativen Worten zu beantworten. Zu einem Vergleich der Resultate und damit zu einer Bestimmung des Grades des bestehenden Schwachsinnes ist diese Methode wie ähnliche, die rein qualitative und praktische Ziele im Auge haben, nicht geeignet.

Diese Schwäche teilt sie mit dem Masselonschen Verfahren, bei dem die Versuchsperson die Aufgabe hat, aus drei Worten einen Satz zu bilden. Erwähnt sei noch die Witzmethode, bei der die Pointe eines Scherzes gefunden werden soll, ferner die Sprichwortmethode, bei welcher der Sinn eines ungeläufigen Sprichwortes anzugeben ist. Jede dieser Methoden hat ihr gutes Recht, wenn auch einen beschränkten Geltungsbezirk. Durch geschickte Auswahl der Methoden und ihres Inhaltes können bestehende intellektuelle Defekte in ihrer Besonderheit aufgedeckt und veranschaulicht werden. Aus diesem Grunde sei auch noch die in manchen Fällen angebrachte Aufgabe erwähnt, einen absurden Satz zu kritisieren. Ihr Ausfall ist auch von einer Reihe sekundärer Momente beeinflußt: Überraschung durch die ungewohnte Leistung, suggestible Wirkung der Aufgabestellung. Immerhin vermag sie in manchen Fällen von Demenz in besonders überzeugender Weise die bestehende Gedankenlosigkeit zu veranschaulichen. Es empfiehlt sich, dabei von leichteren Aufgaben

Digitized by Google

auszugehen und jedesmal auch die Begründung des ablehnenden Urteiles zu fordern (Beispiele sind im Anhang angeführt).

In psychologischen Versuchen an normalen Individuen findet bei der Prüfung intellektueller Funktionen, speziell der Kombinationsfähigkeit, die Ebbinghaussche Ergänzungsmethode ausgedehnte Verwendung. Als quantitatives Verfahren gewann sie auch zur Untersuchung geistiger Störungen Eingang. Die Methode besteht darin, daß der Versuchsperson ein zusammenhängender Text vorgelegt wird, in dem an verschiedenen Stellen Satzteile ausgelassen sind (siehe Anhang). Die Versuchsperson hat die Aufgabe, diese Lücken in sinngemäßer Weise zu ergänzen. Der Wert der Methode liegt darin, daß sie zu einem zahlenmäßigen Ausdruck der geleisteten Arbeit und der dabei begangenen Fehler führt. Die qualitative Fehleranalyse kann bei Geisteskranken auch Differenzen in der Art der intellektuellen Störung aufdecken. Eine Schwierigkeit, der man bei der Untersuchung von Psychosen begegnet, ist der Einfluß eines einmal begangenen Fehlers auf die folgende Leistung. Kranke, die eine maßgebende Stelle falsch verstanden oder nicht aufgefaßt, stehen der weiteren Arbeit anders gegenüber als solche, die die kritische Lücke an einer bedeutsamen Stelle richtig ergänzt haben. Auf diese Weise wird der qualitative und quantitative Vergleich der Leistungen verschiedener Individuen erschwert. Abhilfe ist auf die Weise zu schaffen, daß man die ganze Prüfung in Einzelversuche auflöst, bei denen der Kranke jedesmal ohne Voraussetzung arbeiten kann. Es werden dabei statt eines zusammenhängenden Textes einzelne, in sich abgeschlossene Sätze, die verschieden schwierig zu ergänzende Lücken aufweisen, verwendet.

Die Ebbinghaussche Methode ins Optische übertragen, ergibt ein von Heilbronner angegebenes Verfahren, welches von vornherein für den Gebrauch am Krankenbett erdacht wurde und infolgedessen den Vorzug großer Einfachheit hat. Hier werden der Versuchsperson Serien von Zeichnungen nacheinander gezeigt. Am Anfang der Serie ist das zu erkennende Objekt (Kirche, Lampe, Schiff, Karren usw. siehe Anhang) nur in groben Umrissen angedeutet, am Ende derselben mit markanten Strichen ganz ausgeführt. Mit dieser Methode wird festgestellt, wie weit ein Kranker das unfertige Bild in der Anschauung zu ergänzen vermag.

Digitized by Google

Zum Schlusse ist noch auf einige bei der Intelligenzprüfung besonders bedeutsame Momente einzugehen. Zunächst ist bei einer derartigen Untersuchung strengstens das gesamte klinische Zustandsbild und die momentane geistige Verfassung des Individuums zu beachten. Psychische Anomalien, welche mit einem intellektuellen Defekte an sich noch nichts zu tun haben, wie Depression, psychomotorische Hemmung, ferner im Rahmen der Norm liegende Zustände, wie emotioneller Stupor, Verlegenheit usw., können den Ausfall der Versuche weitgehend beeinflussen und einen nicht vorhandenen Defekt vortäuschen.

Ferner ist zu beachten, daß schwere Verstandes- und Bildungslücken noch innerhalb der normalen Beschränktheit gelegen sind. Endlich ist die Tragweite der Diagnose einer pathologischen intellektuellen Reduktion richtig einzuschätzen. Ihre theoretische Bedeutung wurde bereits eingangs besprochen. Eine getrennt zu behandelnde Frage ist die praktische Wertung des Intelligenzdefektes. Mit dem Nachweis eines solchen ist noch nicht ausgesprochen, daß ein Individuum aus dem sozialen Verbande zu entfernen ist, vielmehr kann darüber nur das gesamte psychische Verhalten entscheiden (Reizzustände, antisoziale Triebe usw.). Es ist in allen Fällen zu erwägen, ob derartige Komplikationen des Schwachsinnes vorliegen, ferner ob die bestehende intellektuelle Anomalie unter individueller Erziehung, wie sie Kindern durch die Hilfsschule und heilpädagogische Institute gewährt wird, noch ausgeglichen werden kann. Bei Defekten im weiteren Sinne (intellektuelle Reduktion nach Ablauf einer Psychose) ist zu entscheiden, zu welchen Arbeiten das Individuum noch verwendbar ist und unter welchen Bedingungen es derartige Leistungen auszuführen vermag.

Rekapitulieren wir nochmals den Inhalt dieses Kapitels. Die Intelligenzuntersuchung läuft auf die Prüfung der Schulkenntnisse und der sogenannten Verstandesleistungen hinaus.

Bei Kindern gelingt es, mittels des Binet-Simonschen Systems mit Wahrscheinlichkeit zu entscheiden, ob die intellektuelle Entwicklung dem Alter entspricht oder nicht. Bei Erwachsenen fehlen für eine derartige Bestimmung die Voraussetzungen. Wir begnügen uns darum mit der Feststellung, ob Schulwissen besteht oder wegen angeborenen Schwachsinnes nicht erworben werden konnte.

Digitized by Google

Die Verstandesleistungen schätzen wir nach Fragen, deren Beantwortung ein gewisses Maß unabhängig vom Schulwissen erworbener Erfahrung und selbständiges Denken voraussetzen. An sich kann keine falsche Antwort Demenz beweisen. Dieses Urteil ist nur unter Berücksichtigung der Mindestleistung, welche bei Individuen gleichen Standes zu erwarten ist, zu treffen. Zu genauerem quantitativen Vergleich des bestehenden Defektes sowie zur exakten Darstellung der individuellen Denk- und Assoziationsweise steht eine Reihe exakter Methoden zur Verfügung.

XI. Persönlichkeit und psychische Störungen.

Der bisherige Untersuchungsgang, welcher im Interesse der Objektivität und Einfachheit extrem analytisch gestaltet wurde, findet eine Ergänzung durch eine synthetische Betrachtungsweise psychischer Funktionen. Eine solche erweist sich auch aus rein praktischen Gründen als empfehlenswert, weil sie vielfach prognostische und diagnostische Stützen ergibt.

Die praktisch wichtigen Möglichkeiten, die dabei in Betracht zu ziehen sind, können wir, wie folgt, skizzieren:

1. Der untersuchte Patient stellt eine psychische Persönlichkeit dar, oder eine solche ist infolge der pathologischen Anlage (Idiotie) nicht zur Entwicklung gelangt oder wurde durch einen pathologischen Prozeß (Dementia paralytica, Dementia praecox usw.) zerstört.

2. Das Individuum reagiert auf seine pathologischen Symptome nicht; sie entziehen sich seiner Kenntnis (senile Demenz, arteriosklerotische Demenz) oder es steht ihnen indifferent gegenüber. Fälle dieser Art bilden den Übergang zur Zerstörung der Persönlichkeit.

3. Das Individuum reagiert in bestimmter Weise auf seine pathologischen Symptome, mit Ratlosigkeit auf Desorientierung, mit Systematisierung auf Wahnideen. In letzterem Falle haben wir es mit einer kranken Persönlichkeit, wie sie z. B. die Paranoia erzeugt, zu tun.

4. Das Individuum faßt die Symptome als krankhaft auf. Auf die Entscheidung dieser Frage ist besonderes Gewicht zu legen, da sie zu weittragenden Konsequenzen führt. Man muß sich ins-

Digitized by Google

besondere vor der Täuschung hüten, daß bloß Nebenzüge oder körperliche Zeichen des Leidens als krankhaft bezeichnet werden, das Wesen aber als unantastbar real gilt oder daß übernommene Urteile, Diagnosen usw. vorgebracht werden. Ist ein solcher Irrtum auszuschließen und entwickelt das Individuum eine volle, rückhaltslose Kritik seiner pathologischen Symptome (Krankheitseinsicht), dann handelt es sich um keine Geisteskrankheit im engeren Sinne. Liegen die kritisierten Symptome noch vor, dann besteht Psychopathie oder eine Neurose, bezieht sich die Kritik auf einen früheren Zustand, dann kommt auch eine ausgeheilte Psychose in Frage.

B. Der somatische Befund.

Eine geeignete Vorbereitung der psychiatrischen Exploration bietet die körperliche Untersuchung eines Individuums, weil sie von mißtrauischen Personen, die jeden Zweifel an ihre geistige Gesundheit mit Entrüstung aufnehmen, meist noch willig ertragen wird. Die Beteiligung des Kranken, welche jede körperliche Untersuchung erfordert, gewährt schon allein immer eine Reihe von Anhaltspunkten zur Beurteilung der geistigen Verfassung; ist aber die körperliche Untersuchung nicht durchführbar, dann wird das besondere Verhalten des Individuums, welches sie ausschloß, meist dicht an die richtige Diagnose führen. Aber auch abgesehen von diesen Gründen unauffälliger Annäherung an das Individuum hat die körperliche Untersuchung für die Beurteilung des Geisteszustandes oft die allergrößte Bedeutung und ist darum auch da niemals zu unterlassen, wo die psychische Untersuchung auf keine Schwierigkeiten stößt. Dieser Wert ist zunächst durch die innigen Beziehungen körperlicher Zustände zu geistigen Prozessen gegeben. Bekannt sind ja in dieser Hinsicht die Ausdruckserscheinungen affektiver Zustände. Wichtiger aber ist die Tatsache, daß gewisse abnorme Seelenerscheinungen ihre alleinige oder wesentliche Ursache in bestimmten pathologischen Prozessen des Körpers haben, so daß man mit Recht dann bloß von symptomatischen Psychosen bei körperlichen Erkrankungen spricht. Hierher gehören die sogenannten Infektions- und Intoxikationspsychosen, Fieberdelirien, ferner die psychischen Störungen thyreogener Natur, die psychischen Störungen bei

Digitized by Google

Hirntumoren usw. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Bedeutung der Bestimmung des Blutdruckes hinzuweisen, da sie uns oft zur Annahme sklerotischer Veränderungen der Hirngefäße führt. Psychische Störungen irgendwelcher Art, insbesondere auch depressive Verstimmungen bei Individuen nach dem 40. Lebensjahre müssen eine besondere Bewertung erhalten, wenn gleichzeitig gesteigerter Blutdruck nachgewiesen wird.

In eine andere Reihe sind organische Krankheitsprozesse zu stellen, die außer der cerebralen Affektion auch noch periphere Läsionen bedingen, deren neurologischer Nachweis zur Klärung des psychischen Zustandsbildes führen kann. Hier sind die bei der Paralyse zu beobachtenden Störungen der Pupillenreaktion und der Sprache zu erwähnen, die neuritischen Symptome beim Alkoholismus und insbesondere bei der polyneuritischen Psychose, die Rückenmarkssymptome bei Meningitis, multipler Sklerose usw. Aus alldem erhellt die Wichtigkeit des neurologischen Status für die psychiatrische Diagnose. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß der Nachweis irgendeines Symptoms cerebraler Affektion die Auffassung des psychischen Zustandsbildes wesentlich verändert, indem er von der Annahme funktioneller Störungen abführt; zu beachten sind darum neben den bekannten Allgemeinerscheinungen organischer cerebraler Affektionen auch Herdsymptome, wie Monoplegien, Monoparesen, hemianopische Störungen und zentrale Gesichtsfelddefekte, die Astereognose, kortikale und Kernläsionen der Gehirnnerven. Hier sei insbesondere an die vom Anfänger oft nicht genügend gewürdigte einseitige Parese des Mundfacialis erinnert, welche ohne weiteres das Bestehen einer kortikalen Affektion verrät, da die unteren Äste des Facialis im Gegensatz zu den oberen, die Stirnmuskulatur versorgenden, im Kortex einseitig vertreten sind.

Aus dem Gesagten folgt auch, daß die somatische Untersuchung wesentliche prognostische Bedeutung hat und für den Entwurf des Heilplanes von Einfluß sein muß. In letzterer Hinsicht kommt außer der Aufstellung kausaler Indikationen auch noch der Umstand in Betracht, daß der somatische Befund über die Verwendung von energischen Mitteln, wie sie in der Therapie geistiger Erkrankungen vielfach zur Anwendung kommen (Hyoszin, Chloral, Luminal, Proponal usw.), entscheidet.

Digitized by Google

Im Gegensatz zu den erwähnten Symptomen, die fast stets von ausschlaggebender Bedeutung sind, wird anderen vielfach unverdienter Wert beigemessen; so den bekannten Stigmen der Hysterie (Fehlen von Würg- und Bindehautreflex, gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit, Ovarie). Es sind dies Symptome, die bei den verschiedensten organischen und funktionellen Psychosen zu beobachten sind und deshalb das Bestehen einer Hysterie keinesfalls beweisen. In gleicher Weise wurden auch Degenerationszeichen überschätzt. Bezüglich letzterer ist zu sagen, daß nur die Häufung degenerativer somatischer Zeichen auf analoge Veränderungen im Cerebrum, die zu psychischen Anomalien führen können, hinweist. Eine diagnostische Bedeutung ist ihnen nur insofern zuzuerkennen, als sie ebenso wie funktionelle Sprachstörungen, z. B. Stottern und die S. 82 erwähnten psychischen Degenerationszeichen, immer an die Möglichkeit psychopathischer Konstitution denken lassen. Doch können sie wie die hysterischen Stigmen höchstens als Anhaltspunkt, nie als Beweise für eine Diagnose gelten.

Im folgenden sollen noch übersichtlich die Richtungen, nach denen die körperliche Untersuchung vorzunehmen ist, zusammengestellt werden, wobei wir zunächst nur jene Punkte heranziehen, zu deren Untersuchung die allgemeine ärztliche Bildung ausreicht[1]:

Körperzustand, Hautdecke,
Körperteile und deren Proportionen,
Infektionskrankheiten,
Degenerationszeichen (Verbildung des Schädels, Gaumens, der Ohren, Phalangen, Zähne, Genitalien usw.),
Schädel: Form (makrocephal [Hydrocephalus], mikrocephal, Turmschädel usw.); Umfang (normal für Männer 53—60 cm, für Frauen 51—58 cm); Durchmesser mit Tasterzirkel zu messen, Längsdurchmesser normal 17—21 cm, größter Breitendurchmmesser 14—18 cm, Klopfempfindlichkeit, (eventuelle Röntgenaufnahme),
Herz,

[1]) Im übrigen sei auf die Lehrbücher der Neurologie verwiesen, namentlich: Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten; Curschmann, Lehrbuch der Neurologie; Lewandowsky, Handbuch der Neurologie.

Digitized by Google

Arterien, Puls, Blutdruck,
Thyreoidea,
Urinbefund, Blasen- und Mastdarmstörungen,
Facialis und sonstige Hirnnerven,
Pupillen (Größe, Form, Licht- und Akkommodationsreaktion),
Augenhintergrund,
Augenbewegungen (Paresen, Nystagmus),
Körper- und Extremitätenmuskulatur (Monoplegien, Paresen, Tonusänderungen, Tremor und Zuckungen in Ruhe und Intention),
Gang (Rombergsches Phänomen),
Reflexe (Haut-, Schleimhaut-, Sehnenreflexe, Babinski, Oppenheimsches Phänomen).
Sehorgan (Sehschärfe, Farbensinn, Gesichtsfeld),
Gehör (Schärfe, Rinnescher, Weberscher Versuch),
Geruch, Geschmack (vordere und hintere Zungenpartien),
Hautsensibilität (Berührung, Temperatur, Schmerz),
Koordination, Stereognose.

Eine gesonderte Besprechung macht die Untersuchung von Sprache und Schrift erforderlich. Da an ihrer Entwicklung und Ausbildung eine Reihe psychischer und somatischer Funktionen beteiligt sind, werden diese Ausdrucksphänomene auch bei verschiedenartigen Krankheitsprozessen in Mitleidenschaft gezogen. Bei der hohen Differenzierung, welche den einzelnen Komponenten zukommt, ist gerade hier die Möglichkeit zu präziser Diagnosenstellung und Bestimmung des zugrunde liegenden Krankheitsprozesses bzw. seiner Lokalisation gegeben.

Die geläufigen Störungen von Sprache und Schrift können nach ihrer Genese in drei Gruppen gesondert werden:

1. Jene Störungen, deren Zustandekommen ausschließlich oder vorwiegend durch psychische Mechanismen bedingt ist. Es sind dies sehr charakterstische und diagnostisch verwertbare Anomalien von Sprache und Schrift, die uns bei Besprechung der Ausdruckserscheinungen S. 34 schon beschäftigt haben.

2. Anomalien der Lautbildung, die auf abnormer Funktion des peripheren Sprechapparates beruhen, nämlich die sogenannten dysarthrischen und anarthrischen Störungen. Da auf die Lautbildung die verschiedensten Faktoren Einfluß haben, sind hier Ursachen verschiedener Kategorien zu nennen. Störungen

Digitized by Google

im peripher expressiven Apparate, wie Kieferbildung, Zahnstellung usw., die meist dem sogenannten Lispeln zugrunde liegen. Rein peripher-muskulär oder durch Kernläsion bzw. Unterbrechung peripherer oder supranukleärer Bahnen bedingte Innervationsstörungen; in letzterer Hinsicht sei nur an die dys- und anarthrischen Störungen bei der Bulbär- und Pseudobulbärparalyse erinnert, an die Bradyphasie und das für multiple Sklerose charakteristische Skandieren. Auf psychischen Mechanismen beruht das Stottern, das den Effekt gleichzeitiger Innervation von agonistischen und antagonistischen Sprechmuskeln vorstellt. An dem Zustandekommen des diagnostisch für die Paralyse besonders wertvollen Silbenstolperns sowie einer analogen Schreibstörung (s. o.) sind sowohl psychische Anomalien als organische Nervenläsionen beteiligt.

3. Die auf Läsion in der Sprachregion des Gehirns beruhenden Aphasien sind hier eingehender zu besprechen, weil ihr Verständnis nicht in dem Maße verbreitet ist, als es ihrer Bedeutung für die Psychiatrie entspricht. Eine genauere Kenntnis dieses Gebietes ist nicht nur dazu erforderlich, um unter Umständen sogar verhängnisvolle Verwechslungen mit Psychosen zu vermeiden, sondern auch, weil eine Vertiefung in den Gegenstand für den einzelnen ebenso wichtige Anregungen ergibt, als sie sich für die Entwicklung der Psychiatrie von Bedeutung erwiesen hat. Wir begeben uns damit auf einen durch hirnphysiologische und hirnpathologische Erfahrungen gesicherten Boden, auf dem zwar die Psychiatrie nicht aufgebaut werden kann, weil in allen Fällen auch psychische Mechanismen eingreifen, aus dem aber doch nach jeder Richtung sich wesentliche Förderung ergibt.

Die Untersuchung der Aphasien gründet sich auf die Prüfung verschiedener Funktionen, die auch im Cerebrum besondere Repräsentation haben. Als gesichert können von diesen Funktionen nachstehende angesehen werden:

Die Fähigkeit, gehörte Worte ihrem Klange und ihrer Bedeutung nach zu identifizieren, das Wortlaut- und Wortsinnverständnis, also eine sensorische Funktion, deren Ausfall zum Symptomenbild der sensorischen Aphasie führt.

Die Fähigkeit, Sprachbewegungsbilder in die entsprechenden motorischen Innervationen umzusetzen; sie sind in der motorischen Sprachregion des Gehirns lokalisiert, ihr Ausfall erzeugt die

Digitized by Google

motorische Aphasie. Dieser Funktion nahe steht die Fähigkeit, Schreibbewegungsvorstellungen in Schriftzeichen umzusetzen. Endlich ist die Fähigkeit zu nennen, Schriftzeichen optisch zu identifizieren und deren Erinnerungsbilder zu bewahren.

Die Untersuchung des gesamten Sprachapparates wird nach folgenden Gesichtspunkten vorgenommen:

Prüfung der Sprechfähigkeit:

Spontansprechen,
Nachsprechen,

Bei mangelnder Fähigkeit, zu sprechen, kann der Nachweis, daß ein Individuum noch über das zugehörige Wortbild verfügt, in der Weise erbracht werden, daß man es die Silbenzahl des gewünschten Wortes durch Klopfen, Händedruck usw. anzeigen läßt.

Prüfung des Sprachverständnisses:

Wortlautverständnis,
Wortsinnverständnis,

Dabei ist wohl zu beachten, daß, wie z. B. die Erfahrung beim Taubstummenunterricht zeigt, der Inhalt des Gesprochenen auch visuell aus den Mienen, Gesten, Mundbewegungen usw. erschlossen werden kann. Es empfiehlt sich daher, in den meisten Fällen mit verdecktem Munde die Prüfung anzustellen. Am schnellsten führt die Frage, ob Wortverständnis vorhanden, zur Entscheidung, wenn dem Individuum Aufträge zu motorischen Leistungen gegeben werden oder man ihm Urteile zuruft, die für ihn besondere Affektbetonung haben, wie: „Sie sind ein schlechter Mensch," „Haben Sie gestohlen?" usw.

Lesen:

Voraus geht die Prüfung der Sehfähigkeit und die Feststellung eventueller Gesichtsfeldausfälle. Die Prüfung der Fähigkeit, zu lesen, wird an Zahlen, gedruckten und geschriebenen Worten, eventuell auch mit Noten vorgenommen. Auch hier empfiehlt es sich, Sätze von besonderem affektiven Werte vorzulegen. Aus äußeren Gründen schließt sich an diese Probe der Versuch über Benennen von Bildern und Gegenständen.

Schreiben:

Spontanschreiben,
Schreiben auf Diktat,
Kopieren.

Digitized by Google

Das so gewonnene Material wird qualitativ und quantitativ beurteilt. Die Deutung des Resultates geschieht unter Berücksichtigung der psychologischen Erfahrungen über die Entwicklung der Sprache, die insbesondere die überragende Bedeutung des akustischen Zentrums für die gesamte Leistung klarlegt. Als Fehlerquelle kommt sowohl für die Prüfung als für die Deutung der Ergebnisse organisch bedingte Taubheit und Stummheit, psychisch bedingter Mutazismus sowie psychische Störungen überhaupt, Fremdsprachigkeit und Analphabetentum in Betracht.

Bei dem durch Prüfung der Sprechfähigkeit gewonnenen Materiale ist auf das Verhältnis von Spontan- und Nachsprechen zu achten. Bei erhaltener Sprechfähigkeit ist festzustellen, ob bloß einzelne Worte oder auch ganze Sätze spontan oder nachgesprochen werden können. Die qualitative Prüfung entscheidet, ob die Worte korrekt oder verstümmelt vorgebracht werden, ob die Sätze grammatisch oder agrammatisch sind. Eine Störung dieser Art wird als Paraphasie bezeichnet. Es handelt sich dabei um sprachliche Entgleisungen, welche durch Verwechslung von Worten, Silben, Buchstaben zustande kommen. Man unterscheidet eine verbale und eine literale Paraphasie, je nachdem ob Buchstaben oder ganze Worte verwechselt werden. Als Jargonaphasie werden längere, unverständliche Produkte dieser Art bezeichnet. Für die erwähnten qualitativen Störungen ist in erster Linie Ausfall des sensorischen Wortklangzentrums verantwortlich zu machen.

Bei der Beurteilung des Spontansprechens kommt es auch auf die Größe des dem Individuum verfügbaren Wortschatzes an. Dabei ist zu beachten, ob der Kranke fließend spricht oder in der Wortfindung gestört ist, derart, daß ihm Worte und Ausdrücke fehlen. Bekannt ist, daß manche Kranke ihre Defekte durch Umschreibungen usw. zu maskieren suchen. Grobe Störungen in der Wortfindung werden als Wortamnesie oder verbale Aphasie bezeichnet. Eine besondere Resistenz gegen den Prozeß zeigen Phrasen, stehende Ausdrücke, Wortreihen usw. Auffällige Störungen sind beim Spontansprechen Perseveration, beim Nachsprechen Echolalie.

Die gröbsten Störungen der Sprechfähigkeit sind bei Läsion der motorischen Sprachregion zu beobachten, welche bei Rechtshändern die hinteren zwei Drittel der linken unteren Stirnwindung, z. T. auch das untere Drittel des Gyr. cent. ant. umfaßt. Eine durch

Digitized by Google

eine solche Läsion besonders häufig bedingte Aphasieform ist die sogenannte kortikale motorische Aphasie (Broca); sie ist charakterisiert durch mangelnde oder gestörte Sprechfähigkeit, Aufgehobensein des lauten Lesens und Schreibstörungen.

Bei Prüfung der sensorischen Funktion ist auf Erregbarkeit der Aufmerksamkeit für akustische Eindrücke zu achten, bei gestörtem Wortverständnis die Quantität des Defektes festzustellen, also ob die Störung sich auf mangelndes Verständnis einzelner Worte beschränkt, ob sie bei der Auffassung von Sätzen zum Vorschein tritt, usw. Eine grobe Störung dieser Funktion finden wir bei den sogenannten sensorischen Aphasieformen, von denen wir als Typus die relativ häufig zu beobachtende, kortikale sensorische Aphasie Wernickes erwähnen, die bei Rechtshändern durch Herde im hinteren Drittel der linken oberen Schläfewindung, der temporalen Querwindung und der angrenzenden Partie des Gyrus supramarginalis zustande kommt. Äußerlich sind derartige Kranke durch einen gewissen Rededrang, Logorrhoe, auffällig. Die genauere Untersuchung ergibt: mangelndes Sprach- und Leseverständnis, Störung von Spontan- und Diktatschreiben, erhaltene Sprechfähigkeit, dabei Paraphasie, Lesen und Abschreiben relativ ungestört.

Aus dem bei Prüfung der Lesefähigkeit gewonnenen Materiale ist festzustellen, auf welche Elemente sich die Störung des Lesens bezieht. Man unterscheidet danach eine literale und verbale Alexie. Bei reiner, d. h. nicht durch andere Aphasieformen bedingter Alexie kommt als anatomische Läsion ein Herd im linken Parietookzipitallappen in Betracht; da ein solcher meist auch die Sehstrahlung affiziert, so ist die Alexie gewöhnlich mit rechtsseitiger Hemianopsie verknüpft.

Störungen gleicher Reihe wie die Alexie bildet die sogenannte optische Aphasie, bei der gesehene Gegenstände nicht benannt werden können, während bei Betasten der Name einfällt. Die Seelenblindheit oder optische Agnosie ist durch Störung oder Verlust optischer Erinnerungen charakterisiert. Vorgezeigte Gegenstände können nicht nur nicht benannt werden, sondern es fehlt auch die Kenntnis ihrer Bedeutung.

Von kortikal bedingten Agraphieformen wird die literale und verbale unterschieden. Im ersteren Falle ist der Kranke nicht imstande, Buchstaben zu schreiben, im zweiten

Digitized by Google

kann er sie nicht zu Worten zusammensetzen. Bei den zahlreichen Funktionen, welche beim Schreiben beteiligt sind, können Störungen desselben von z. T. charakteristischem Gepräge bei verschiedenen heterogenen Ausfällen beobachtet werden, so insbesondere bei Defekten der Klangbilder, bei Störung der optischen sowie der stereognostischen Komponenten des Schreibens.

Eine Besprechung von weiteren Aphasieformen wäre ohne eingehendere hirnanatomische Auseinandersetzungen nicht durchführbar und würde damit den Rahmen des Werkes überschreiten. Es sei darum hier bloß auf die Darstellung in den bekannten neurologischen Handbüchern verwiesen.

Die Untersuchung der Apraxie gründet sich auf psychologisch durchaus verständliche, aber erst durch die genauere Analyse von pathologischen Fällen gewonnene Vorstellungen, über die beim Ablauf der Willenshandlung beteiligten Funktionen. Danach erscheint das zielbestimmte Handeln auf das richtige Zusammenarbeiten mehrerer anatomisch verschiedentlich repräsentierter Funktionen gegründet. Bei unserer jetzigen Betrachtung wollen wir zunächst noch von den das richtige Zusammenspiel (Koordination) der Muskeln bedingenden zentripetalen Erregungen absehen, die größtenteils unbewußt verlaufen und durch ihren Ausfall das bekannte Bild der Ataxie hervorrufen. Übergeordnet lokalisiert sind Endstätten für gewisse einfache Akte zu denken, welche beim gewöhnlichen Handeln vollkommen automatisch ablaufen, wie Faustschluß, Greifbewegungen, Winken, Blasen usw. Eine weitere Funktion, die als bewußt, wenn auch nicht immer in Einzelheiten klar bewußt zu denken ist, stellt die Vereinigung dieser elementaren Handlungen zu komplizierten nach dem sogenannten Bewegungsentwurf vor.

Die Untersuchung der Apraxie vollzieht sich danach in der Weise, daß zuerst festgestellt wird, ob die erwähnten Elementarhandlungen ausgeführt werden können. Bei einem Defekt dieser Art fehlt es an jedem Ansatz zu derartigen einfachen Aktionen.

Die Kranken können dem verstandenen Auftrag, einfachste Handlungen auszuführen, nicht nachkommen, sie fuchteln ratlos mit den Armen in der Luft herum, statt zu winken, zu drohen, Grußbewegungen auszuführen usw.

Man bezeichnet diese Art von apraktischer Störung als gliedkinetische Apraxie. Die Ataxie unterscheidet sich

Digitized by Google

von letzterer dadurch, daß die Kranken die gewünschten Handlungen inhaltlich richtig, aber in plumper, ungeschickter Weise ausführen.

In anderen Fällen ergibt die Untersuchung, daß die erwähnten Elementarbewegungen vorhanden sind und unter Umständen auch ausgeführt werden. Aber sie stehen dem Kranken nicht jederzeit zu Gebote. Die Handlung entgleist in unzweckmäßige Bewegungsformen, Kranke, die schreiben sollen und es auch beabsichtigen, stecken den Bleistift hinter das Ohr, stülpen den Rock um, den sie anziehen sollen, usw. Diese Form der Apraxie wird als motorische oder ideokinetische bezeichnet und dahin gedeutet, daß dabei eine Störung in der Übertragung von Impulsen auf das gliedkinetische Zentrum besteht.

Endlich sind Fälle zu beobachten, in denen sich die Handlung in falscher Weise vollzieht, an sich richtige Bewegungen zu einem verkehrten Zweck verwendet werden. So wenn ein Kranker ein Streichholz in den Mund steckt, statt damit die Kerze anzuzünden, mit dem Messer die Kleider bürstet usw. Hier ist die Störung in dem ursprünglichen Bewegungsplane zu suchen. In dem erwähnten Beispiel handelt es sich um eine falsche Objekthantierung, die auf agnostischer Störung beruht. In anderen Fällen kann die Fehlhandlung auf Aufmerksamkeitsstörungen zurückgeführt werden, es handelt sich dabei um ein dem Vergreifen des Normalen ähnliches Bild (wenn jemand etwa das Tintenfaß statt der Streusandbüchse benutzt). In ähnlicher Weise kann der Bewegungsentwurf durch hochgradige Gedächtnisdefekte, Assoziationsstörungen usw. beeinflußt werden. Apraxien dieser Art werden unter dem Sammelnamen der ideatorischen Apraxie zusammengefaßt.

Serologische Untersuchung.

Zu einer somatischen Untersuchung, die zum Zwecke einer psychiatrischen Diagnose vorgenommen wird, gehört unter Umständen auch der serologische Befund[1]); wir zählen dazu die

---

[1]) Vgl. besonders: Plaut-Rehm-Schottmüller, Leitfaden zur Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Jena, 1913.

Nonne, M., Diagnose und Therapie der syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Halle, 1913.

Digitized by Google

Wassermannsche Untersuchung des Blutserums und die Untersuchung des Lumbalpunktates.

Die Wassermannsche Reaktion im Blute gehört in vielen Fällen zur Sicherung der Diagnose, sie kann manchmal die klinische Auffassung des Falles bestimmen und auch wichtige praktische und therapeutische Gesichtspunkte eröffnen. Die Entnahme der zu ihr erforderlichen Blutmenge von 10 cm^3 geschieht aseptisch an der Kubitalvene, sie ist als harmloser Eingriff anzusehen, der ohne besondere Sicherstellung des Arztes in jedem Falle vorgenommen werden kann. Zur Ausführung der Reaktion stehen dem Arzte genügende Untersuchungsstellen zur Verfügung. Unter Berücksichtigung gewisser Ausnahmen (Frambösie, Trypanosomenerkrankung, Lepra, Skarlatina), die praktisch kaum ins Gewicht fallen, besagt der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blute, daß das Individuum luetisch ist, sei es, daß es die Lues selbst akquiriert oder ererbt hat. Ein positiver Befund ist in allen Stadien der Lues, und zwar auch dann zu erheben, wenn keinerlei sonstige somatische Symptome hervortreten. Für uns ist es von besonderer Wichtigkeit, daß auch metaluische Prozesse, wie Tabes und Paralyse, positive Wassermannsche Reaktion im Blute ergeben, und zwar beträgt der Prozentsatz positiver Reaktion für Tabes 70, für progressive Paralyse nahezu 100 %.

Auch die Lumbalpunktion stellt eine wichtige Stütze der diagnostischen Betrachtung vor und kann manche Fälle zur Entscheidung bringen. Vor Ausführung der Lumbalpunktion empfiehlt es sich, die Einwilligung des Kranken bzw. seiner gesetzlichen Vertreter einzuholen.

Der Einstich wird nach entsprechender Desinfektion mit den käuflichen Punktionsnadeln an einer Stelle der Wirbelsäule vorgenommen, an der die Medulla bereits in die Cauda equina sich aufgeteilt hat. Besonders geeignet ist der Raum zwischen dem 3. und 4., und 4. und 5. Lumbalwirbel. Die Einstichstelle wird in der Weise aufgesucht, daß die am meisten kranial gelegenen Stellen der Cristae iliacae verbunden werden. Geht man von dem Schnittpunkt dieser Linie mit der Linie der Dornfortsätze palpierend kranialwärts, so ist der nächste Interspinalraum der zwischen 3. und 4. Dornfortsatz gelegene. Zur Vornahme des Eingriffes läßt man den Kranken in gebeugter Haltung auf einem

Digitized by Google

Stuhle sitzen oder mit stark angezogenen Knien liegen. Narkose erscheint, außer bei sehr unruhigen und sich sträubenden Kranken, überflüssig, lokale Anästhesie ist bei manchen Individuen vorteilhaft. Zur Lumbalpunktion werden Hohlnadeln von 9 cm Länge und 2—3 mm Dicke verwendet, die mit einem Mandrin, der beim Einstich in der Hülle verbleiben muß, versehen sind. Der Einstich wird in der Richtung der Dornfortsätze vorgenommen, die Nadel wird dabei möglichst in einem Akte bis zum Ligamentum interspinale eingeführt. Durch Tasten überzeugt man sich, ob der nach dem Einstich merkliche Widerstand von dem Ligament oder von den Wirbelfortsätzen herrührt. Im ersten Falle ist sie weiter einzuführen und das Ligament zu durchstechen, im zweiten subkutan ein neuer Weg zu wählen. Der Moment, wo das Ligament durchstochen ist und die Nadelspitze sich im Subarachnoidealraum befindet, ist für die führende Hand deutlich merklich. Nun wird der Mandrin herausgezogen und die ausfließende Flüssigkeit in einem sterilen Röhrchen aufgefangen. Dabei ist zunächst der Liquordruck zu beachten. Normalerweise fließt die Flüssigkeit tropfenweise ab. Bei Drucksteigerung kommt sie im Strahle hervor. Ein genaueres Urteil über den bestehenden Druck ist durch manometrische Messung zu gewinnen. Seine Höhe ist normalerweise 100—130 mm Wasser. Sind keine besonderen Indikationen zur Druckentlastung gegeben, so genügt es, eine kleine Menge (5 cm^3 sind hinreichend) zu entnehmen. Ist dies geschehen, so wird die Nadel rasch herausgezogen und die Wunde mit einem kleinen Jodoformbäuschchen und Heftpflaster bedeckt. Nach vollzogener Lumbalpunktion ist 24 stündige Bettruhe auf flachem Lager anzuordnen. Folgeerscheinungen sind fast nur bei empfindlichen und suggestiblen Individuen zu beobachten (Erbrechen, Übelkeit, Kopf- und Rückenschmerzen). Eine schwerere Schädigung tritt in unkomplizierten Fällen nicht ein.

Kontraindikationen gegen die Lumbalpunktion geben Hirn- und Rückenmarkstumoren. Insbesondere ist bei Verdacht auf Tumor der hinteren Schädelgrube die Punktion auf keinen Fall vorzunehmen, da dabei wiederholt in kurzer Zeit Exitus eintrat.

Der normale Liquor ist wasserhell; bei rötlicher Verfärbung ist zunächst an Blutbeimengung infolge der Punktion zu denken.

Digitized by Google

In diesem Falle ergibt Zentrifugieren eine Schichtung in zwei Abteilungen, deren eine von den roten Blutkörperchen, die andere von der klaren Liquorflüssigkeit gebildet wird; während in dem Falle, daß die Rötung auf einer vor der Punktion in den Subarachnoidealraum erfolgten Blutung beruht, infolge der Lösung des Hämoglobins, die ganze Flüssigkeit ihre rötlich-gelbliche Färbung behält. Meist ergibt sich aber die Entscheidung schon während der Punktion, indem bei künstlicher Blutung erst rötliche und später klare Flüssigkeit abläuft.

Für die geläufige psychiatrische Fragestellung sind nachstehende Untersuchungen des Liquors vorzunehmen:

1. Eiweißproben
   a) nach Nonne-Apelt (Phase I),
   b) nach Pandy.

a) In einem kleinen Röhrchen werden 1—2 cm³ Liquor mit der gleichen Menge neutral reagierender, heiß gesättigter (und dann erkalteter) Ammoniumsulfatlösung vermengt. Die Reaktion gilt als positiv, wenn nach 3 Minuten Opaleszenz oder Trübung auftritt.

b) In ein Schälchen mit konzentrierter Karbolsäurelösung wird ein Tropfen des Liquors gesenkt. Besteht Eiweißvermehrung, dann entsteht an der Berührungsfläche der beiden Flüssigkeiten eine weißliche Trübung.

Eiweiß(Globulin)vermehrung (Phase I positiv) wird fast immer bei progressiver Paralyse beobachtet, und zwar fallen die Reaktionen dabei meist stark positiv aus. Weniger häufig (95 %) ist der positive Ausfall bei Tabes. Ferner ist fast immer Eiweißvermehrung bei tertiär luetischen Erkrankungen des Nervensystems festzustellen. Hier geht der Eiweißgehalt parallel der Zellvermehrung, bei der progressiven Paralyse besteht kein derartiges Verhältnis. Eiweißvermehrung ist auch bei schweren Fällen von Arteriosklerose des Gehirns und bei Encephalitis, im hohen Grade bei der Meningitis zu beobachten; dann auch bei Hirntumor, nach Apoplexie und in einzelnen Fällen von multipler Sklerose. Negativ fallen die Eiweißreaktionen bei genuiner Epilepsie, Neurasthenie, Hysterie, Polyneuritis alcoholica usw. aus. Auch die einfache Lues ergibt einen negativen Befund. Positiver Ausfall bei Lues läßt stets an Erkrankung des Zentralnervensystems denken.

Digitized by Google

2. Zytologische Untersuchung. Die größte Wichtigkeit hat die Feststellung der Menge weißer Blutkörperchen. Die Zählung kann in bekannter Weise mit der Zeiß-Thomaschen Kammer vorgenommen werden. Einfacher gestaltet sich noch die Bestimmung mittels der Fuchs-Rosentalschen Zählkammer. Färbung der Flüssigkeit mit Methylviolett (0,1 Methylviolett, 2,0 Eisessig, 50,0 Aqu. dest.) ist zu empfehlen. Die Gesamtzahl der in der Kammer befindlichen weißen Blutkörperchen durch 3 dividiert, ergibt die Menge im mm³. Ein Gehalt von 1—5 Zellen gilt als normal, 6—9 Zellen gelten als Grenzbefund, 10 und mehr als Pleozytose.

Pleozytose findet man bei florider Lues cerebrospinalis, Tabes, progressiver Paralyse, Meningitis, Hirnblutung, Tumor, Erweichungsherden, multipler Sklerose; am stärksten bei Meningitis. Grenzbefunde, die auch Normale zeigen können, ergibt in seltenen Fällen die Untersuchung alter, abgelaufener Tabes und Lues cerebri. Eine schwache Pleozytose findet man in 30—40 % bei Individuen, die syphilitisch waren, aber keine nervösen Störungen bieten.

3. Wassermannsche Reaktion im Liquor. Diese fällt bei einfacher Lues negativ aus. Eine Unterscheidung wichtiger Erkrankungsformen ist durch die sogenannte Auswertung zu gewinnen, die darin besteht, daß die Wassermannsche Reaktion mit verschiedenen Liquormengen angestellt wird: 0,2—1 cm³. Bei Paralyse findet meist (90—95 %) schon ein positiver Ausfall mit 0,2 statt, Tabes und Lues cerebrospinalis sind bei dieser Menge nur in ca. 20 % positiv. Auswertung ergibt für diese drei Krankheiten fast in 100 % positiven Befund.

Vielseitige Anwendung findet gegenwärtig in der Psychiatrie das von Abderhalden angegebene biologische Untersuchungsverfahren des Blutserums. Es beruht auf dem Gedanken, daß im menschlichen Körper gegen parenteral eingeführte blutfremde Stoffe Abwehrfermente gebildet werden. Das zu ihrem Nachweise vorwiegend verwendete Dialysierverfahren geht darauf aus, Anomalien in der Funktion von Organen festzustellen, welche zu ihrem Abbau führen. So wurden Abwehrfermente gegen Gehirnsubstanz ermittelt und damit Abbau des Gehirns für eine Reihe von Geisteskrankheiten festgestellt, bei denen eine Störung des Gehirnstoffwechsels bereits bekannt war oder

Digitized by Google

vorausgesetzt werden mußte (Paralyse, Idiotie, Imbezillität, Alterspsychosen, Epilepsie im Anfall, epileptische Demenz, Dementia praecox). Ferner hat der für einzelne Psychosen erbrachte Nachweis von Schutzfermenten gegen andere Organe (Geschlechtsdrüsen, Thyreoidea, Nebennieren) eine Perspektive auf somatische Störungen eröffnet, die mit der Psychose in einem näheren ätiologischen Zusammenhang stehen können. Die bisherigen Untersuchungen haben für einzelne Krankheitsformen besondere Abbautypen ergeben: das Blutserum von konstitutionellen Psychopathen ist im allgemeinen frei von Abwehrfermenten. Bei manisch-depressivem Irresein erfolgt im allgemeinen kein Abbau von Gehirn, Geschlechtsdrüse und Thyreoidea. Bei der Dementia praecox werden Gehirnrinde und Geschlechtsdrüsen fast konstant, zuweilen auch Thyreoidea abgebaut. Bei der Paralyse erfolgt regelmäßig Gehirnabbau, Schilddrüse und Geschlechtsdrüsen werden nur gelegentlich abgebaut, usw.

Eine diagnostische Verwertung dieses Verfahrens wurde bereits vielfach in Betracht gezogen, doch sind für eine darauf gegründete Diagnostik bisher noch nicht ausreichende Unterlagen vorhanden.

C. Anamnese.

Wenn auch die objektive Untersuchung in den meisten Fällen bei genügender Erfahrung zur Diagnose ausreicht, so kann doch durch eine entsprechende Anamnese das Urteil gesichert und die zur Stellung der Diagnose nötige Beobachtungszeit wesentlich abgekürzt werden. Besonders wertvoll wird aber die Anamnese für einen psychiatrisch weniger geschulten Arzt sein, dem sie wichtige Direktiven für den Gang der Untersuchung und für die Diagnose bietet. Zudem zwingt die Praxis häufig genug, in Fällen (etwa post mortem) Diagnosen zu stellen, welche nicht ausreichend oder gar nicht ärztlich untersucht wurden; dann bietet die Anamnese den einzigen Anhaltspunkt für die Beurteilung. Endlich ist zu beachten, daß durch die Anamnese das Verhalten des Individuums unter Bedingungen zugänglich wird, welche bei der ärztlichen Untersuchung oder in der klinischen Beobachtung nicht herzustellen sind. Es ist ja ohne weiteres klar, daß gewisse Formen leichter geistiger Störung in den komplizierten Verhältnissen der Außenwelt viel deutlicher zum Ausdruck kommen

Digitized by Google

werden als unter den relativ einfachen Lebensbedingungen in einer Anstalt, ferner, daß manche psychopathische oder geisteskranke Individuen sich in der Außenwelt ganz anders geben als in der klinischen Beobachtung, die stets einen Antrieb zur Unterdrückung gewisser pathologischer Züge, wie Affekte, antisoziale Neigungen und Triebe u. dgl. ausübt. Namentlich fallen in der geschlossenen Anstalt meist sexuelle Erregungen sowie Reize und Gelegenheit zu unmoralischen Handlungen (Diebstahl u. dgl.) ganz fort, so daß bei isolierten Defekten für die objektive Untersuchung der eigentliche Kern der krankhaften Abweichung verschlossen bleibt.

Die Anamnese hat verschiedenen Aufgaben zu genügen: 1. die Ätiologie klarzulegen, 2. die ärztliche Beobachtung zu ergänzen, 3. den objektiven Tatbestand von Vorkommnissen, die für die Auffassung des Krankheitsbildes von Wichtigkeit sind, festzustellen. Im Hinblick auf den letzten Punkt kann eine Autoanamnese, die von luziden Kranken gewonnen wird, nicht in allen Fällen genügen. In der Beurteilung der Autoanamnese kann der Grundsatz aufgestellt werden, daß sie selbst bei luziden Kranken nur dann verwertet werden darf, wenn der objektive Befund unter Ausschluß von Gedächtnisdefekten, Erinnerungstäuschungen, Pseudologie, Simulation oder Dissimulationstendenz eine Gewähr für die Richtigkeit des Berichtes bietet. In zahlreichen Fällen ist aber eine solche nicht vorhanden, und es gewinnen für die Beurteilung des Zustandes gerade jene Phasen Bedeutung, für welche der Kranke amnestisch ist.

Die genauere Besprechung der geltend gemachten Gesichtspunkte, welche für die Erhebung der Anamnese bestimmend sind, vereinfacht sich insofern, als die spätere Besprechung der Ätiologie geistiger Störungen zahlreiche hierher gehörige Fragen streift und zum Teil erledigt. Eine Ergänzung ist darum erforderlich, weil wir dort nur jene ätiologischen Momente heranziehen, welche für die Feststellung der Krankheitsform von Bedeutung sein können. Dagegen hat die Anamnese nicht ausschließlich diagnostischen Zwecken zu dienen, sie muß vielmehr auch dazu verhelfen, die gesamte Persönlichkeit des Kranken zu erfassen und verstehen zu lernen. Dies kann natürlich nur unter Berücksichtigung der Anlage und aller die geistige Entwicklung des

Digitized by Google

Individuums bestimmenden Einflüsse geschehen. Es kommt also bei Erhebung der Anamnese nicht allein auf die Feststellung von Krankheitssymptomen, sondern auch auf Ermittlung der Ursachen an, insbesondere ist die Kenntnis der endogenen Ursachen zu erweitern. Hier hat die in jüngster Zeit eifrig betriebene Familienforschung, welche die Aufgabe hat, die Ahnenreihe soweit als möglich zu verfolgen, sich zu einer wichtigen Hilfsdisziplin der Individualpsychologie entwickelt. Im besonderen Falle ergibt sich das Problem, die geistige Anlage des Individuums und seine krankhaften Züge aus dem Charakterbild seiner Vorfahren abzuleiten. Dies schließt die Forderung in sich, auch alle jenen exogenen Schädlichkeiten zu berücksichtigen, die auf die geistige Anlage des Individuums überhaupt von Einfluß sein können, wie allgemeine Kulturbedingungen, psychische und körperliche Traumen, Intoxikationen, von denen hier namentlich jene in Vordergrund treten, welche eine Keimschädigung bedingen: Alkohol und Syphilis.

Ein gewisser Ersatz für die in den seltensten Fällen durchführbare vollständige Verfolgung der Ahnenreihe im Sinne der Familienforschung wird durch die summarische Berücksichtigung von Stamm und Volkscharakter geboten.

Die individualpsychologische Betrachtung muß nach Möglichkeit Anlage und weitere die geistige Entwicklung gestaltende Wirkungen auseinanderhalten. Erziehung, Milieu, Umgang, soziale Verhältnisse sind von weitgehendem Einfluß auf die intellektuelle und moralische Entwicklung. Besonders schlagend sind die von der Praxis überaus häufig gebotenen Beispiele für die Folgen der Verwahrlosung.

In jedem Falle erfordert namentlich das psychische Trauma eine möglichst genaue Erhebung des Tatbestandes, weil man hier nicht immer auf zuverlässige Angaben des Individuums rechnen darf (Befangenheit, tendenziöse Entstellung, durch den Vorfall bedingte Störung der Wahrnehmung) und weil die Kenntnis dieses ätiologischen Faktors wichtige therapeutische Direktiven abgeben kann.

Auch bei der Feststellung der somatischen Ursachen ist es die Aufgabe der Anamnese, nicht nur die direkten Ursachen der Erkrankung zu ermitteln, sondern auch die Momente darzulegen, welche auf die psychische Entwicklung von Einfluß sein konnten.

Digitized by Google

Hier sind die ganzen hygienischen Verhältnisse in Betracht zu ziehen, unter denen das Individuum lebte; ferner alle somatischen Erkrankungen, die es durchmachte und die seinen körperlichen Zustand verändern konnten. Zweckmäßig ist es dabei, von der Geburt auszugehen und festzustellen, ob diese normal ablief oder verzögert war, mit künstlicher Hilfe erfolgte, Asphyxie bestand, ob das Kind von Mutter, Amme oder künstlich genährt wurde, ob es an Rachitis litt, Zahnkrämpfe auftraten, welche Kinderkrankheiten es durchmachte, ob diese Folgen hinterließen usw.

Die zweite Aufgabe, welche die Anamnese zu erfüllen hat, ist, den psychischen Status zu ergänzen; sie gliedert sich in zwei weitere, nämlich ein Bild des Geisteslebens aus den gesunden Tagen zu liefern und die im Laufe des Daseins aufgetretenen psychischen Anomalien festzustellen. Hinsichtlich des ersten Punktes ist die Anamnese darum von besonderer Wichtigkeit, weil sie in vielen Fällen den einzigen objektiven Anhaltspunkt für die Rekonstruktion der Basis liefern kann, auf der sich irgendeine geistige Veränderung vollzog. Aus diesem Grunde sind im besonderen Falle alle früheren objektiven Feststellungen des geistigen Inventars heranzuziehen: Zensuren, Zeugnisse aus Schule und Beruf, schriftliche Leistungen, z. B. Briefe, manuelle Arbeiten, bei höher veranlagten Individuen werden auch produktive Leistungen jeder Art, Schriften, Dichtungen wissenschaftliche Werke usw. von größter Bedeutung für die Beurteilung des früheren Geisteslebens sein (Pathographien). Im allgemeinen empfiehlt es sich, gleich bei Erhebung der Anamnese intellektuelles und gemütliches Verhalten, Wollen und Streben auseinanderzuhalten.

Die erste Frage, welcher eine derartige Exploration zu genügen hat, ist, festzustellen, ob der Intellekt normal veranlagt war oder wann eine Störung desselben erfolgte. Nach der früheren Ausführung ist insbesondere an angeborenen Schwachsinn, intellektuellen Rückgang in der Pubertät oder im Senium zu denken. Zur Entscheidung der Frage, ob angeborener Schwachsinn vorlag oder frühe zur Entwicklung kam, ist nach den ersten seelischen Regungen zu forschen, wann Interesse für die Umgebung erwachte, ob das Kind gleich von vornherein lebhaft war, schrie usw. oder immer indolent erschien, wann es die ersten Laute bildete, mit dem Laufen und Sprechen begann, rein wurde usw. Die nächste Etappe, die für das intellektuelle Leben von Be-

Digitized by Google

deutung ist, bildet die Schulzeit. Von Wichtigkeit sind dabei nicht nur die Leistungen, sondern auch die Art des Schulunterrichts, relativ gutes Fortkommen in einer Dorfschule schließt ja bekanntlich Schwachsinn leichten Grades noch nicht aus. In gleicher Weise sind die intellektuellen Leistungen auf höheren Schulen und im Berufe zu verfolgen und dabei immer das Augenmerk darauf zu richten, ob Stillstand in der intellektuellen Entwicklung eintrat oder ob das erreichte Niveau den anfänglichen Fortschritten entsprach. Auch bei der Feststellung anderweitiger Anomalien des Seelenlebens (psychotische Symptome) ist Qualität und Zeit ihres Auftretens besonders zu berücksichtigen und in allen Fällen nach dem Verhalten zur Zeit der Pubertät zu forschen. Hinsichtlich der möglichen Formen psychischer Anomalien erübrigt sich hier eine genauere Auseinandersetzung mit Rücksicht auf die frühere Besprechung der Symptomatologie geistiger Erkrankungen. Besonders ist auf leichte Abweichungen im Gefühlsleben zu achten: depressive oder euphorische Verstimmung mit geringer bzw. gesteigerter Arbeitslust, erniedrigtem oder erhöhtem Lebensgefühle und entsprechender Gestaltung somatischer Funktionen, ferner auf gleichmäßige Entwicklung psychischer Funktionen oder einseitige Begabung, auch isolierte pathologische Züge, Neigung zum Umherstreifen, impulsives Davonlaufen (Fugue), Wutanfälle, Hang zum Lügen, Stehlen, Beschädigung der eigenen Person oder Fremder usw. In jedem Falle ist auch das sexuelle Leben besonders zu berücksichtigen.

Die dritte Aufgabe der Anamnese ist Feststellung des objektiven Tatbestandes über Vorkommnisse, die von den Patienten referiert werden. Nur auf diese Weise ist es im besonderen Falle möglich, Wahnideen mit Sicherheit zu diagnostizieren, pathologische Neigungen zu wissentlicher oder unwissentlicher Entstellung, Gedächtnisdefekte usw. nachzuweisen und in der Intensität zu bewerten. Da an Krankheitsfälle solcher Art sich vielfach forensisches Interesse knüpft, wird man hier in gerichtlichen Erhebungen, Zeugenaussagen usw. wesentliche Stützpunkte für sein Urteil gewinnen können. Bei mangelnder oder unzulänglicher objektiver Anamnese kann die experimentelle Prüfung der Treue und Zuverlässigkeit der Aussage des Patienten zu einer Kritik seiner Autoanamnese führen.

Digitized by Google

D. Ätiologische Übersicht der Psychosen.

Von Bedeutung für die Diagnose der besonderen Krankheitsform können unter Umständen Erfahrungen über die Ätiologie geistiger Erkrankungen werden. Aus diesem Grunde sollen im Folgenden jene ätiologischen Faktoren im Zusammenhang besprochen werden, welche für Entstehung, Verlauf und Symptomatologie der Psychosen bestimmend sein können. Besonderes Augenmerk ist dabei jenen Krankheitsursachen zu schenken, welche spezifische Psychosen hervorrufen. Allerdings ist bei der Diagnose zu berücksichtigen, daß in jedem Falle der Einfluß des festgestellten ätiologischen Momentes auf die Natur der Psychose erst nachzuweisen ist und daß von vornherein nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß die vorliegende Krankheit durch die bekannte Ursache bedingt wurde. Dies gilt ebensowohl für die allgemeinen Krankheitsursachen als für jene, die spezifische Psychosen veranlassen können. Im besonderen Falle können auch letztere eine nur nebensächliche Rolle spielen, etwa als allgemein disponierende Krankheitsmomente in Betracht kommen oder rein zufällig mit der Krankheit zusammentreffen; dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine exogene Krankheitsursache bei einer vorwiegend auf endogener Basis entstehenden Psychose vorliegt.

Hinsichtlich der Feststellung der Krankheitsursache sind jene Fälle besonders günstig, in denen sie zu greifbaren somatischen Änderungen führt und aus diesen zu erkennen ist (Infektionskrankheiten, Alkoholismus). In anderen Fällen vermag die Anamnese Aufschluß zu erteilen.

Bei Besprechung der diagnostisch bedeutsamen Krankheitsursachen wollen wir die übliche Einteilung in exogene und endogene berücksichtigen:

a) Endogen.

1. Anlage. Verwertbar für unseren Zweck ist die Erfahrung, daß eine Reihe von psychischen Störungen sich überwiegend häufig bei erblicher Belastung findet (manisch-depressives Irresein, Psychasthenie, Psychopathie), während andere Formen geistiger Erkrankung relativ unabhängig von erblichen Einflüssen auftreten (Infektionspsychosen, progressive Paralyse, senile und arteriosklerotische Demenz). Von besonderem Wert für die diagnostische Beurteilung erscheint die Beobachtung, daß gewisse abnorme

Digitized by Google

seelische Züge vorwiegend auf der Basis erblicher Belastung auftreten und daher geradezu als psychische Degenerationszeichen gelten. Diese Züge können einzelnen Psychosen beigemengt sein oder ohne andersartige psychotische Symptome zu einem Krankheitsbilde sui generis zusammentreten. Wir erwähnen hier psychische Erschöpfbarkeit, Labilität von Affekten, Haltlosigkeit, Anomalien des Trieblebens und kommen auf die besonderen Formen von Psychopathien noch im speziellen Teile zurück.

Als eigentlich erblich belastend für Geisteskrankheiten gelten allgemein Geisteskrankheiten, Charakteranomalien, Trunksucht und Selbstmord der Aszendenten, während die Bedeutung von funktionellen oder organischen Nervenkrankheiten (darunter auch die Apoplexie) als belastende Faktoren bestritten wird, weil nach einzelnen Statistiken diese in der Aszendenz von Gesunden mindestens ebenso häufig wie in jener von Geisteskranken vorkommen.

Von diagnostischem Interesse ist die Frage, ob bei Geisteskrankheiten Gleichartigkeit der Vererbung besteht, ob also bei Deszendenten Psychosen gleicher Art wie bei ihren Vorfahren auftreten. Für die affektiven Psychosen (manisch-depressives Irresein) geht die Ansicht der meisten Autoren, die sich mit dem Studium der Beziehungen der Geisteskrankheiten von Eltern und Kindern beschäftigt haben, dahin, daß hier eine Gleichartigkeit der Vererbung statthat. Ähnlich wie die klinische Beobachtung ergibt auch das Studium der Vererbung, daß zwischen zyklothymer und konstitutionell depressiver Veranlagung fließende Übergänge bestehen, und zwar findet man bei Blutsverwandten affektive Psychosen und Konstitutionen verschiedener Form, also etwa bei einem Gliede Melancholie, beim anderen zirkuläres Irresein, beim dritten Manie usw. Von großem Interesse erscheinen auch die Ausnahmen von der Regel. Pilcz führte im Anschluß an v. Wagner Beobachtungen an, in denen Hebephrenie aus Familien mit periodischer Geistesstörung ein regelmäßiges Alternieren in den Symptomen zeigt und eine nach einer greifbaren äußeren Schädlichkeit aufgetretene Amentia einen ausgesprochen zirkulären Verlauf nimmt, indem sie sich aus zwei gut charakterisierten Phasen von manischer und melancholischer Färbung zusammensetzt. Offenbar handelt es sich im ersten Falle um das Zusammentreffen zweier verschiedenartiger pathologischer Anlagen.

Digitized by Google

Auch für die Dementia praecox haben die neueren Beobachtungen über familiäre Geistesstörungen eine Vererbbarkeit dieses Leidens erwiesen. In diesem Falle hat man nach der Natur der Krankheit, die der Fortpflanzung ein Ziel setzt, seltener Gelegenheit, Erkrankungen von Eltern und Kindern als von Geschwistern zu beobachten. Bezüglich der Formen scheinen die zur Dementia-praecox-Gruppe zählenden Arten (Hebephrenie, Katatonie, Dementia paranoides) untereinander zu variieren. Doch ist manchmal auch deutliche Ähnlichkeit in Erscheinungsweise und Verlauf bei Geisteskranken aus der gleichen Familie zu beobachten.

Für die im späteren Alter auftretenden paranoiden Erkrankungen ergab sich nach der neueren Forschung kein familiäres Auftreten, bemerkenswert aber ist ihr häufiges Zusammentreffen mit Dementia praecox in der gleichen Familie.

Von einzelnen Autoren wurde ein Ausschließungsverhältnis von affektiven Psychosen und Dementia-praecox vertreten. Doch hat sich diese Ansicht nicht bestätigt, vielmehr wurden bei Geschwistern beide Krankheitsformen beobachtet, was die hereditäre Entstehung nicht widerlegt, sondern zur Annahme einer verschiedenen Erbanlage führt.

Was den Kreis der Blutsverwandtschaft anlangt, welcher bei der Familienanamnese zu berücksichtigen ist, so kommt es in erster Linie auf die Eltern und Geschwister an. Wenn auch bei der bisher üblichen statistischen Summierung der Erblichkeitsanlagen Anomalien der Großeltern und Geschwister der Eltern unerheblich scheinen mußten, so ergibt doch die moderne Vererbungsforschung, daß pathologische Erbanlagen, die im Sinne Mendels rezessiv sind, sich oft erst bei entfernten Gliedern der Blutsverwandtschaft entdecken lassen und Generationen überspringen können; im Erbgang dominant gehende Anlagen müssen sich dagegen in jeder Generation wiederfinden. Rezessive Charakteranlagen legen manche neuere Autoren der schizophrenen Anlage, dominante der manisch-depressiven bei, doch sind die Forschungen darüber noch keineswegs abgeschlossen. In jedem Falle gravierend wirkt die Anomalie beider Eltern.

Praktisch wichtig ist die Erfahrung, daß die Neigung zum Selbstmord häufig ererbt ist. Übrigens dürfte der größte Teil der Suizide Symptom unerkannter und latenter Geisteskrankheit sein.

Digitized by Google

Noch ganz unklar sind die genealogischen Beziehungen zwischen konstitutionellen somatischen Affektionen und Geistesstörung, wenn auch in Familien mit gehäufter Tuberkulose die Anlage zu Nervosität und Geisteskrankheit besonders häufig zu sein scheint.

2. Alter. Bei der Seltenheit, mit der Psychosen im Kindesalter auftreten, ist bei allen Geistesstörungen des Kindes in erster Linie an angeborenen oder durch exogene Ursachen bedingten Schwachsinn oder psychopathische Veranlagung zu denken.

Die Pubertät stellt für die Entstehung von geistigen Erkrankungen eine wichtige Etappe im menschlichen Dasein vor, da in ihr Psychosen nicht nur besonders häufig ausbrechen, sondern auch untereinander weitgehende Übereinstimmung in Symptomatologie und klinischem Verlauf zeigen. Bei der spezifischen Erkrankung der Pubertät, der Hebephrenie, findet man neben allgemein psychotischen Symptomen die juvenilen Züge (der „Flegeljahre") ins Pathologische verzerrt: Eine gewisse Unstätigkeit, Neigung zur Beschäftigung mit Dingen, die den geistigen Horizont übersteigen, affektiertes Wesen, Urteilsschwäche usw. Die Beziehungen zwischen Pubertät und der Dementia praecox sind so innig, daß man bei jedem Falle, in dem die Anamnese geistige Störung irgendwelcher Art in der Pubertät ergibt, besonders mit Dementia praecox zu rechnen hat. Der erste Anfall dieses oft schubweise verlaufenden Leidens fällt meist in die Zeit zwischen dem 18. und 25. Lebensjahre. In diese Zeit fällt auch der Ausbruch des manisch-depressiven Irreseins. Da diese beiden Psychosen zu den häufigsten gehören (ca. 15 % aller Aufnahmen gehören der Dementia praecox an), so zeigt dieser Lebensabschnitt eine besonders hohe Morbidität.

Auch das mittlere Lebensalter stellt einen hohen Prozentsatz geistiger Erkrankungen, da zwischen 25 und 40 Jahren die Alkoholpsychose, zwischen 30 bis 45 Jahren die Paralyse auszubrechen pflegt, letztere allein macht ungefähr $1/5$ aller Einlieferungen in die geschlossene Anstalt aus.

Das Senium führt zu spezifischen Psychosen, deren Beziehungen zum Greisenalter dadurch hervortreten, daß ihre wesentlichen Symptome sich lediglich quantitativ von Alterserscheinungen unterscheiden. So stellt die Presbyophrenie eine Steigerung der senilen Gedächtnisschwäche vor, die senile Paranoia findet ihr

Digitized by Google

Analogon in dem bei Greisen vielfach ausgesprochenen Mißtrauen gegen die nächste Umgebung; die senile Verwirrtheit zeigt die Unfähigkeit, neue Eindrücke aufzufassen und zu verarbeiten, ins Pathologische verzerrt. Der senilen Manie entspricht die kritiklose Euphorie des noch normalen Greisenalters. Unter diesen Umständen kann im besonderen Falle der Nachweis einer Psychose im Greisenalter auf Schwierigkeiten stoßen, zumal da ein Auf- und Abschwanken in der Intensität der Symptome zu beobachten ist, so daß manche Individuen geradezu tagweise psychotisch sind.

3. Geschlecht. Die verschiedene Stellung, welche die beiden Geschlechter zu den einzelnen exogenen Krankheitsursachen einnehmen und ihre konstitutionell bedingte, differente Reaktionsweise auf somatische und psychische Faktoren führt dazu, daß eine Reihe von Psychosen zwischen beiden Geschlechtern ungleichmäßig verteilt sind. Alkoholismus, Paralyse tritt in überwiegender Zahl bei Männern, affektive Psychosen, Hysterie bei Frauen auf. Die innigen Beziehungen zwischen Puerperium und Psychose bringen es mit sich, daß zwischen 20. und 30. Lebensjahre die Psychosen bei Frauen quantitativ über jene von Männern überwiegen. In den folgenden Lebensabschnitten, etwa bis zum 40. Jahre, wird der Häufigkeitskurve durch Paralyse und Alkoholismus die entgegengesetzte Richtung gegeben. Vom 45. Lebensjahre an bedingen die klimakterischen Psychosen eine starke Zunahme der Geistesstörungen bei Frauen.

b) Exogen.

In erster Linie sind naturgemäß Hirnläsionen zu erwähnen. Von schwersten Folgen sind die in frühen Stadien der Entwicklung auftretenden Krankheitsprozesse, die zu bleibender Demenz führen (Mißbildungen, Mikrogyrie, Porencephalie, Encephalitis usw.), Schädlichkeiten, die während der Geburt entstehen, Brüche der Schädelknochen, Blutungen, Asphyxie; endlich Traumen, die post partum den vulnerablen Schädel treffen. Von Erkrankungen im späteren Kindesalter, die zu gleichem Effekte führen, sind insbesondere Meningitis und die durch verschiedene Infektionskrankheiten (Pneumonie, Influenza usw.) bedingten Encephalitisformen zu nennen. Der Tumor cerebri gibt häufig zu diagnostischen Irrtümern Anlaß, seine Diagnose erfolgt in erster Linie aus dem somatischen, neurologischen und ophthalmologischen Befund. Psychisch kann er sich wie alle organischen Prozesse

Digitized by Google

im Cerebrum durch Zustände von Benommenheit manifestieren. Die spezielle Lokalisation bedingt vielfach besondere Ausfälle im seelischen Leben. Von anderen Läsionen des Zentralnervensystems sind die fast stets mit psychischen Störungen verlaufenden Apoplexien und Encephalitiden zu erwähnen; die durch sie veranlaßten Ausfälle, Defekte, werden unter dem Sammelnamen postapoplektische Demenz zusammengefaßt. Hirnherde bei multipler Sklerose führen zu einer anscheinend nicht spezifischen Demenz.

Von Organerkrankungen, die direkte Beziehungen zum psychischen Leben haben, sind Herz- und Gefäßaffektionen zu nennen. Erstere spielen bei der Auslösung abnormer Gemütszustände eine Rolle, ohne aber spezifische Psychosen zu veranlassen, während die Arteriosklerose der Hirngefäße zu charakteristischen Störungen führt (depressive Verstimmung, Beeinträchtigung der Auffassung und Aufmerksamkeit, Gedächtnisdefekt für die jüngste Vergangenheit, Somnolenz).

Ein großer Teil der bei weiblichen Individuen zu beobachtenden psychischen Störungen steht in Beziehung zum Generationsprozeß. Alle Phasen desselben sind als ätiologische Momente geistiger Erkrankung zu nennen:

Menstruation. Geläufig ist die Beobachtung menstrueller Erregung bei psychopathischen Individuen, ferner Exacerbationen eines schon bestehenden Krankheitsprozesses. Neben diesen beiden Formen treten die sogenannten Menstruationspsychosen ganz zurück und sind nur mit Vorbehalt zu diagnostizieren.

Das Puerperium liefert ein starkes Kontingent psychischer Störungen, im Mittel nach verschiedenen Zählungen 14 %. Kompliziert wie die Schädigung, die das Cerebrum dabei erfährt, sind auch die in den verschiedenen Phasen (Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation) zu beobachtenden psychischen Störungen. Danach ist es geradezu unmöglich, eine spezifische Puerperalpsychose aufzustellen, wie es früher versucht wurde. Am ehesten gelingt es noch, eine gewisse Einheitlichkeit bei den im Gefolge der Eklampsie auftretenden psychischen Störungen festzustellen. Dies aber auch nur in jenen Fällen, wo der eklamptische Prozeß tatsächlich die wesentliche Ursache der psychischen Störung bildet und nicht lediglich ein auslösendes Moment vorstellt. Die Symptome derartiger Fälle sind: Halluzinationen und Verwirrtheit,

Digitized by Google

die akut auftreten, schubweise verlaufen, relativ rasch abklingen und Amnesie hinterlassen. Eine derart günstige Prognose ist aber nur für unkomplizierte Fälle gerechtfertigt, und dies ist auch der maßgebende Gesichtspunkt für alle anderen Formen geistiger Störung beim Puerperium. Frühere Erkrankungen insbesondere in der Pubertät, psychopathische Veranlagung fallen für Diagnose und Prognose ebenso ins Gewicht wie die Symptomatologie. Diese hat, wie später noch näher auszuführen sein wird, die Basis für die Differentialdiagnose namentlich zwischen Amentia und Katatonie zu bilden.

Die typische Erkrankung des Klimakteriums ist (symptomatologisch) die Melancholie, welche sich in vielen Fällen direkt als eine Steigerung der für das Klimakterium charakteristischen nervösen Beschwerden darstellt. Eine manische Phase ist bei derartigen Melancholiefällen zuweilen wenig oder gar nicht ausgesprochen, so daß die Diagnose manisch-depressives Irresein sich hier nur im allgemeinen und mehr theoretisch zutreffend erweist. Zu berücksichtigen ist, daß das erwähnte ätiologische Moment nicht für die Diagnose ausschlaggebend sein kann, daß vom rein ätiologischen Gesichtspunkt stets auch an jene, manchmal mit depressiven Symptomen verlaufenden Erkrankungen zu denken ist, die ebenfalls in diesem Alter auftreten, insbesondere die progressive Paralyse.

Unter den Giftwirkungen ist als häufigste Noxe Alkohol zu erwähnen, der zu charakteristischen und z. T. auch spezifischen geistigen Störungen führt: Delirium tremens mit bekannter Symptomatologie, die Halluzinose, eine nosologisch noch umstrittene Krankheitsform, die sicher durch Alkohol ausgelöst werden kann, der geradezu spezifische Eifersuchtswahn der Alkoholiker, die polyneuritische Psychose, die durch periphere neurotische Störungen und hochgradige Merkschwäche ausgezeichnet ist. Sichere Beziehungen bestehen ferner zwischen Alkohol und Epilepsie, die zur Aufstellung der sog. Alkoholepilepsie Anlaß gaben. Eines der Bindeglieder zwischen beiden stellt die sog. Dipsomanie vor. Durch die allgemeine Charakterveränderung des Alkoholikers kenntlich, aber bisher nicht als solche abgegrenzt ist die Alkoholdemenz. Hinter dem Alkohol treten die anderen exogenen Gifte als Krankheitsursachen stark zurück.

Digitized by Google

Der Häufigkeit nach wäre Morphinismus an zweiter Stelle zu erwähnen, bei dem die Unterscheidung zwischen primären Charakteranomalien, welche Ursache des Morphiumabusus sind, und sekundären, die seine Wirkung vorstellen, schwer zu treffen ist (Willensschwäche, Pseudologie, Affektlabilität, Haltlosigkeit). Der seltener zu beobachtende Kokainismus, der kaum unabhängig vom Morphinismus auftritt, ist oft durch eigenartige Gesichtsillusionen, massenhafte kleine Tiere, charakterisiert.

Andere exogene Schädlichkeiten sind mehr von lokaler Bedeutung, wie der Schwefelkohlenstoff oder die pellagröse Intoxikation (Schwefelkohlenstoff-Psychose, pellagröse Geistesstörung). Ihre Bewertung fällt mit jenen der noch zu beschreibenden Infektions- und Intoxikationspsychosen zusammen. Erwähnt seien auch thermische Schädlichkeiten, die manchmal als mehr oder weniger sicheres ätiologisches Moment in Betracht kommen (Insolation, extreme Hitze, der einzelne Arbeiter ausgesetzt sind).

Von den bisher besprochenen exogenen Vergiftungen werden vielfach endogene abgetrennt, bei denen es sich um eine Intoxikation mit Stoffen handelt, die im Körper des Kranken gebildet werden. Eine Abgrenzung zwischen beiden ist aber schon theoretisch schwer zu treffen und vielfach kaum zu entscheiden, ob es sich um eine Vergiftung mit Stoffen handelt, die außen gebildet und mit den Infektionsträgern einverleibt wurden, oder ob die Toxinbildung erst im Körper beginnt. Auch klinisch ist eine Scheidung zwischen Infektions- und Intoxikationspsychosen schwer zu treffen. Wie bei Besprechung der gleichfalls hierher gehörigen Puerperalpsychosen bereits erwähnt wurde, ist in allen Fällen mit Rücksicht auf Prognose und Diagnose streng darauf zu achten, ob ein zufälliges Zusammentreffen einer Infektion bzw. Intoxikation mit einer schon bestehenden Geisteskrankheit vorliegt, ob eine latente geistige Erkrankung dadurch zum Ausbruch gebracht oder ob eine Infektions- bzw. Intoxikationspsychose im engeren Sinne besteht. Eine spezifische Psychose dieser Art ist die halluzinatorische Verwirrtheit.

Mit dem Nachweise von Spirochäten im Cerebrum, der in neuester Zeit gelungen ist, wurde die Annahme nahe gelegt, daß auch die progressive Paralyse eine Infektionspsychose vorstellt. Doch ist diese Frage noch nicht genügend geklärt.

Digitized by Google

Unter den Stoffwechselerkrankungen, die engere Beziehungen zu psychischen Störungen haben, sind insbesondere Schilddrüsenaffektionen und Diabetes zu nennen. Sowohl der Dys- wie der Athyreoidismus steht mit psychischen Anomalien in direktem Zusammenhang. Für die Geistesstörungen bei Basedow sind Beziehungen zu Krankheitsformen endogener Natur (manisch-depressives Irresein, Hysterie) bekannt, ohne daß eine sichere Entscheidung über Ursache und Wirkung getroffen ist. Sicher treten beim Basedow auch Krankheitsformen vom Amentiatypus auf, die einer anderen Reihe, nämlich der Reaktion auf exogene Schädlichkeiten angehören. Athyreoidismus erzeugt bekanntlich psychische Hemmung und Demenz. Auch bei Diabetes sind keine spezifischen geistigen Anomalien zu beobachten; beschrieben wurde eine diabetische Pseudoparalyse.

Eine wichtige Rolle in der Ätiologie geistiger Erkrankungen fällt naturgemäß psychischen Prozessen zu. Die klinische Beobachtung hat sich bisher allerdings nur mit den durch grobe psychische Traumen entstandenen, augenfälligen Störungen befaßt, während die sicher vorhandenen allmählichen Schädigungen des Geisteslebens durch äußere Einflüsse und chronische Ursachen seelischer Natur sich meist der exakten Feststellung entziehen und in der Bewertung zurücktreten. Auch hier ist, wie bei den somatischen Ursachen, Disposition, latente Erkrankung und spezifische Psychose zu unterscheiden. Als pathogen hat sich insbesondere der psychische Shock erwiesen, wenn auch Psychosen, die sicher auf diese Weise entstanden sind, zu den Seltenheiten gehören.

Deutliche Beziehungen bestehen zwischen den allerdings ziemlich komplizierten Ursachen, welche die Internierung ins Gefängnis enthält und psychischen Erkrankungen. Wenn auch hier meist degenerativ-psychopathische Momente aus leicht begreiflichen Gründen die Voraussetzung für Gefängnispsychosen bilden, so spricht doch die spezifische Färbung typischer Gefängnispsychosen (vgl. speziellen Teil) für einen direkten Zusammenhang von geistiger Störung und Internierung.

Die in den letzten Kriegen gemachten Beobachtungen haben die Aufmerksamkeit wieder auf Kriegspsychosen gelenkt und gezeigt, daß der Krieg insbesondere als auslösende Ursache für latente oder in Entwicklung befindliche Psychosen

Digitized by Google

in Betracht kommt und die individuelle Symptomatologie beeinflußt.

Die psychische Infektion, die in epidemisch auftretenden psychischen Störungen von hysteriformem Charakter Ausdruck findet, gibt klare Beispiele für die Wirksamkeit psychischer Ursachen.

Aus den früher erwähnten Gründen erscheint die psychische Erschöpfung noch wenig gewürdigt, sie ist aber sicher als Teilursache (neben körperlicher Erschöpfung) für die Entstehung geistiger Störungen von großer Bedeutung. Endlich sind unter den psychischen Ursachen besonders jene Fälle zu beachten, wo ein körperliches Trauma die greifbare äußere Ursache vorstellt, tatsächlich aber die psychischen Begleit- oder Folgezustände die wesentliche Ursache psychischer Erkrankung bilden. Überschätzt wurde in dieser Hinsicht von vielen Autoren das sexuelle Trauma für die Entstehung der Hysterie. Wichtiger dürfte als Dauerursache der Konflikt sein, der nicht immer auf sexueller Basis sich abspielen muß, wenn auch gerade derartige Zustände besonders die Aufmerksamkeit der Autoren auf sich lenken und die pathogenetische Wirkung psychischer Konflikte deutlich hervortreten ließen. In naher Beziehung zu derartigen hysterischen Erkrankungen stehen die nach Unfällen beobachteten Krankheitsformen, bei denen dem somatischen Trauma wieder die augenfällige, seltener die wesentliche Wirkung zukommt. Eine Disposition zu psychischer Erkrankung scheint vielfach zu bestehen, ist aber oft nicht sicher nachweisbar, so daß die Annahme einer psychischen Shockwirkung nahegelegt ist. Wesentlich sind aber die sich anschließenden seelischen Vorgänge, die begreiflicherweise für den Beobachter kaum je durchsichtig werden, da er auf die Selbstbeobachtung meist vollständig verzichten muß. Maßgebend für die Entwicklung der sogenannten Unfallneurosen erscheint der durch die Rentenaussicht geweckte und genährte Wunsch. Gefühlsprozesse gleicher Qualität erwiesen sich auch bei Psychosen als wichtiges determinierendes Moment für die Symptomatologie. Als weitere Faktoren kommen bei Entstehung der Unfallneurosen die Angst und die von mißglückten Leistungen ausgehende suggestive Wirkung für weitere Versuche hinzu. Eine Komplikation erfährt die Deutung aller derartigen Fälle dadurch, daß dabei stets bewußte und unbewußte Prozesse wirksam sind.

Digitized by Google

Anhang.

Krankenuntersuchung zu forensisch-psychiatrischen Zwecken.

Wiewohl an verschiedenen Stellen des Buches forensische Fragen berührt werden, erscheint es doch empfehlenswert, hier nach Abschluß des allgemeinen Untersuchungsganges auch noch die Verwertung der dabei gewonnenen Befunde zur Beantwortung forensischer Fragen gesondert zu behandeln. Um den Rahmen des Buches nicht zu überschreiten, müssen wir uns dabei bloß auf die wichtigsten Fälle beschränken, die in das Gebiet des praktischen Arztes fallen[1]).

Es sind dies die Fragen nach:

1. der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit eines Individuums,
2. seiner Geschäftsfähigkeit,
3. nach dem Vorhandensein der Voraussetzungen für die Ehescheidung,
4. der Feststellung des kausalen Zusammenhanges zwischen Trauma und Psychose oder Psychoneurose.

Als allgemeine Leitsätze für eine derartige Untersuchung sind zu beachten: daß eine Abweichung von dem sonstigen Vorgange sich dadurch ergibt, daß hier die Frage der Simulation und Dissimulation einen viel breiteren Raum erhält und in jedem Falle diskutiert werden muß. Ferner ist in der Anlage des Gutachtens zu berücksichtigen, daß die Auseinandersetzung hier mit psychiatrischen Laien erfolgt und daß es darauf ankommt, diese von der Richtigkeit der diagnostischen Schlußfolgerung zu überzeugen. Dies macht einerseits eine breitere Darlegung erforderlich, andererseits zwingt es dazu, bei der Untersuchung beweisendes und möglichst durchsichtiges Material (z. B. Reaktionen des Kranken) zu fixieren. Aus diesem Grunde sind bei der Untersuchung namentlich jene Methoden heranzuziehen, welche ein derartiges Material liefern; so die Intelligenzprüfung und die objektive Aufnahme von Ausdrucksbewegungen, soweit beide Richtungen, für die besondere Frage in Betracht kommen. Der Untersuchungsgang und die Behandlung des Materiales ist in

---

[1]) Zu eingehender Orientierung auf diesem Gebiete sei empfohlen:
Cramer: Gerichtliche Psychiatrie.
Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

Digitized by Google

jedem Falle nach der Fragestellung verschieden. Wir gehen zunächst auf jene des § 51 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich ein. Er lautet:

§ 51 StGB.

„Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Die Fassung dieses Paragraphen läßt den heterogenen Charakter juridischen und naturwissenschaftlich-medizinischen Denkens besonders lebhaft empfinden. Doch gehört es mit zu den Aufgaben des Gutachters, sich der Denkungsweise des Fragestellers anzupassen und Schwierigkeiten durch Berücksichtigung von Sinn und Zweck der Frage zu überwinden.

Um der Aufgabe, welche der § 51 der ärztlichen Tätigkeit auferlegt, voll zu entsprechen, empfiehlt es sich, in der Diskussion die von ihm aufgestellten Voraussetzungen für die Annahme der Unzurechnungsfähigkeit gesondert zu behandeln. Diese betreffen:

1. die Art der geistigen Anomalie (Bewußtlosigkeit oder krankhafte Störung der Geistestätigkeit),
2. die Zeit, in der die Anomalie bestand,
3. ihren Grad.

Die im ersten Punkte unterschiedenen geistigen Anomalien können für unsere Betrachtung zunächst vereinigt werden, da es ja bei der Behandlung dieser Unterfrage darauf ankommt, festzustellen, ob das Individuum überhaupt an einer Geistesstörung leidet oder gelitten hat. Die Differenzierung vorübergehender und dauernder psychischer Anomalien ergibt sich erst bei der weiteren Erörterung. Damit ist der Anschluß an unseren bisherigen Untersuchungsgang gewonnen und die Frage lautet, ob geistige Anomalien im weitesten Sinne vorhanden sind. Für den Arzt ergibt sich damit die Aufgabe, alles Material zu sammeln, welches auch nur für die Möglichkeit einer geistigen Störung bei dem zu begutachtenden Individuum in Betracht kommt. Dazu sind nach der früheren Erörterung ebensowohl die objektive Beobachtung und die Resultate sorgfältiger und möglichst objektiver Untersuchung, als die aktenmäßige Ana-

Digitized by Google

mnese heranzuziehen. Wie andernorts näher ausgeführt wird, ist letztere für forensische Fragen vielfach gar nicht zu entbehren, insbesondere da, wo 1. eine Kritik der Aussagen des Individuums erforderlich ist, 2. die objektive Untersuchung keine sicheren pathologischen Störungen ergab, aber doch noch die Möglichkeit offensteht, daß zeitweise geistige Störungen spontan (Anfälle usw.) oder unter bestimmten Umständen (pathologische Reaktion) auftreten, 3. wenn Anzeichen dafür vorhanden sind, daß in einer bestimmten Phase des Lebens (Pubertät, Puerperium usw.) geistige Anomalien irgendwelcher Art aufgetreten sind, 4. wenn nachweisbare ätiologische Momente geistiger Störungen vorliegen (Arteriosklerose, Senium, Alkoholismus, Basedow usw.).

Auf dieser Suche nach geistigen Anomalien kann auch die von dem Individuum begangene Straftat als Leitmotiv dienen, indem wir uns die Frage vorlegen, ob sie in ihrer Besonderheit die Annahme einer geistigen Störung nahelegt. Hier kann uns die Erfahrung der speziellen Psychiatrie besondere Dienste leisten, indem die zu bewertende Handlung das Motiv für den diagnostischen Untersuchungsgang wird. Es werden dann jene Krankheiten besonders zu berücksichtigen und differentialdiagnostisch heranzuziehen sein, bei denen Handlungen ähnlicher Art zum Symptomenbild gehören; so impulsive Akte bei Epileptikern und Katatonikern, Sachbeschädigung beim Alkoholismus, Roheitsdelikte beim Schwachsinn, Kindesmord bei Melancholie, Gattenmord beim Eifersuchtswahn, falsche Zeugenaussage, Sittlichkeitsvergehen und Meineid bei seniler und arteriosklerotischer Demenz und anderen Erkrankungen mit Gedächtnisdefekt usw.

An eine vorübergehende oder sich entwickelnde geistige Störung müssen Handlungen denken lassen, die in auffälligem Gegensatz zu der Charakteranlage und dem bisherigen moralischen Verhalten des Individuums stehen; so treten die Handlungen im Dämmerzustand oft in vollen Gegensatz zu dem normalen Wesen des Individuums und häufig stellen Delikte bei Greisen und bei Paralytikern das erste seiner Umgebung auffällige Symptom der Geistesstörung dar.

Nachdem der erste Punkt das Material zusammengestellt, welches für die Möglichkeit einer Geistesstörung in Betracht kommt, hat die weitere Darstellung daraus die Anwendung zu machen, und zu einem bündigen Schlusse zu führen. Der zweite

Digitized by Google

Punkt fordert, streng zu entscheiden, ob die beim Individuum festgestellte geistige Störung auch zur Zeit der Tat vorlag. Bei einer Reihe von Krankheiten wird dies Urteil durch deren Natur erleichtert, woraus sich im speziellen Fall die Wichtigkeit einer exakten Diagnose sowie die Kenntnis des Verlaufes der besonderen Krankheitsform ergibt. So kann ohne weiters bei einer vollentwickelten Paralyse für die nicht weit zurückliegende Tat die Voraussetzung des § 51 angenommen werden. Schwierigkeiten erwachsen dann, wenn die Tat länger zurückliegt als es der Zeit entspricht, in welcher die besondere Krankheitsform die bestehende Höhe erreicht. Im Falle der Paralyse ist mit Rücksicht auf den deletären Verlauf die Entscheidung wesentlich vereinfacht. Bei anderen Krankheitsformen muß, falls der vorliegende Zustand nicht den Schluß erlaubt, daß die Krankheit bereits in einem bestimmten Zeitpunkt bestanden hat, objektives anamnestisches Material herangezogen werden, welches daraufhin zu untersuchen ist, ob bereits im kritischen Zeitpunkt Symptome der Geistesstörung bestanden. Ganz besonders schwierig wird diese Aufgabe dann, wenn wir lediglich auf dieses Material angewiesen sind, weil die objektive Untersuchung keine sicheren Symptome erbrachte. In einzelnen Fällen führt sie bloß zur Feststellung oder Annahme einer Disposition zu geistigen Störungen, dann ist es Aufgabe der Anamnese, die Entscheidung zu bringen. Direktiven ergeben sich für sie dadurch, daß in derartigen Fällen die geistige Störung durch besondere Momente ausgelöst wird und das Verhalten des Individuums sich krass von der normalen Zeit unterscheidet. Immer ist dabei die Möglichkeit zu berücksichtigen, daß erst die mittelbaren oder unmittelbaren Folgen der Tat den Ausbruch der Geistesstörung bewirkt haben (Haftpsychosen).

Mit der Entscheidung der ersten beiden Teilfragen ist die Aufgabe des Gutachters noch nicht gelöst, weil Geisteskrankheit an sich noch nicht die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit des Täters ausschließt. Eine wichtige Aufgabe bildet es darum in jedem Falle, zu erwägen, ob in den psychischen Voraussetzungen der Tat krankhafte Veränderungen von der Art und in dem Grade bestanden, daß das Handeln des Individuums als ein krankhaftes und als Ausdruck abnormen seelischen Geschehens aufzufassen ist. Nur unter diesen Bedingungen trifft § 51 des Strafgesetzbuches zu.

Digitized by Google

Die Begründung eines solchen Urteiles muß sich auf die Analyse der Handlung im allgemeinen und ihren Mechanismus im besonderen Falle stützen. Die psychologische Analyse der Willenshandlung zeigt als deren wesentlichste Elemente Affekte, Vorstellungs- und Denkprozesse. Endlich hat die Pathologie gezeigt, daß auch rein motorische Funktionen wesentlich zu berücksichtigen sind.

Wie früher erörtert, können pathologische Affekte nicht nur für den Ablauf von Handlungen von Bedeutung sein, sondern auch die Stellungnahme des Individuums zur Außenwelt verkehren und so ein der normalen Persönlichkeit völlig heterogenes, vielfach auch antisoziales Handeln bedingen.

Im Vorstellungsleben spielt sich jener Teil der Willenshandlung ab, der als Kampf der Motive bezeichnet wird. Darunter ist die Vorstellung des Bewegungseffektes und die Erwägung all jener Momente zu verstehen, die für und gegen ein Handeln sprechen, bis das siegreiche Motiv als Entschluß die Ausführung bestimmt. Krankhafte Veränderungen dieser Elemente der Willenshandlung treten bei Psychosen überaus häufig auf. Wir kennen ein triebhaftes Handeln, in dem die Überlegung durch abnorme Gefühlsprozesse unterdrückt wird. In letzterem Falle bleibt der Wert der intellektuellen Leistung noch dahingestellt, während das sinnlose Handeln durch geistige Defekte zu erklären ist. Ein Urteil über die Fähigkeit, überlegt zu handeln und die durch Sitte und Gesetz aufgestellten Prinzipien sich zu vergegenwärtigen und auf das Handeln Einfluß nehmen zu lassen, ist durch eine genaue Intelligenzprüfung zu gewinnen. Die Praxis zeigt immer wieder Fälle, in denen an schwachsinnigen Individuen, welche der Einsicht in ihr Handeln entbehren und die Unterscheidung von Recht und Unrecht nicht treffen können, Strafen vollzogen werden.

Keine Schwierigkeit bietet die Auffassung von Fällen, in denen die Motive des Handelns durch pathologische Erscheinungen wie Halluzinationen und Wahnideen verzerrt sind oder wo durch Änderung des Bewußtseinszustandes ganz abnorme Bedingungen des Handelns gegeben sind (Dämmerzustand).

Einer exakten Deutung kaum zugänglich, praktisch aber trotzdem einfach zu bewerten sind jene Fälle, die rein motorische Akte vorstellen, wo also scheinbar ohne jede bewußte Beteiligung

Digitized by Google

des Individuums sich Bewegungsakte abspielen: impulsives Handeln. Die forensische Bewertung wird hier dadurch erleichtert, daß es sich dabei nie um isolierte Symptome handelt, die Krankheit vielmehr auch in Erscheinungen anderer Art ihren Ausdruck findet. Wie in letzterem Falle das pathologische Moment überhaupt, so kann in der Mehrzahl der Fälle die Intensität des Krankheitsprozesses aus dem Gesamtbilde beurteilt werden. Doch ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß einzelne Anomalien auch isoliert auftreten, worauf bei Besprechung der Psychopathien noch näher einzugehen ist.

Vielfach wird die psychiatrische Bewertung dahin führen, daß krankhafte Einflüsse auf den Ablauf der Willenshandlung vorliegen, daß diese aber keine solche Intensität erreichten, daß die Voraussetzung des § 51 als gegeben angesehen werden kann. Es liegt nahe, dann von einer „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ zu sprechen. Da aber das Strafgesetzbuch diesen Begriff nicht kennt, ist es nicht korrekt, mit diesem, im Grunde unscharfen Begriff zu operieren. Weitaus zweckmäßiger ist es dagegen, alle abnormen Momente, die für das Handeln des Individuums von Einfluß waren, zusammenzutragen und in ihrer Intensität zu schätzen, um auf diese Weise dem Richter eine Grundlage für die Zubilligung mildernder Umstände zu bieten.

Bei der Sachverständigentätigkeit in Zivilsachen kommt es meist auf die Frage der Entmündigung von Geisteskranken an. Der einschlägige Paragraph des Bürgerlichen Gesetzbuches lautet:

§ 6 BGB.

„Entmündigt kann werden:

1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

3. Wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, oder die Sicherheit anderer gefährdet.“

Damit ist dem Sachverständigen die Aufgabe gegeben, zu den Folgen Stellung zu nehmen, welche eine geistige Störung für die Interessen des Kranken selbst hat. Wir stehen also vor der Aufgabe einer speziellen Anwendung des durch die Geistesstörung abgeänderten Willensmechanismus auf einen bestimmten Tätigkeitskreis. Nach unserer früheren Auseinandersetzung, ins-

Digitized by Google

besondere nach Besprechung des Mechanismus der Willenshandlung erscheinen die psychologischen und psychiatrischen Voraussetzungen zur Beurteilung der Frage hinreichend geboten. Dazu wäre vielleicht noch die Bemerkung am Platz, daß die Wirkung der geistigen Störung sich stets verzweigter gestaltet, als es nach den berichteten oder von uns beobachteten Symptomen den Anschein hat. Eine gründliche Beantwortung der Frage erfordert darum, genauer auf die meist sehr komplizierten Bedingungen des Handelns einzugehen und an weniger naheliegende Möglichkeiten zu denken. So stellen sich z. B. bei der Paranoia oft mehr krankhafte Einflüsse auf das Handeln heraus, als das Symptomenbild verrät, und versäumte oder voreilig wieder aufgehobene Entmündigung hat sich vielfach als folgenschwer erwiesen.

Andere Voraussetzungen für die ärztliche Begutachtung gehen bereits über das medizinische Gebiet hinaus, bieten aber doch eine notwendige Grundlage für die Bearbeitung des Materiales, nämlich, daß die Entmündigung wegen Geisteskrankheit volle Geschäftsunfähigkeit, und die Entmündigung wegen Geistesschwäche bloß Beschränkung der Geschäftsfähigkeit zur Folge hat. Dies zwingt dazu, die Begriffe Geistesschwäche und Geisteskrankheit in einem besonderen, der Psychiatrie nicht geläufigen Sinn anzuwenden, also unabhängig von der theoretischen Anschauung im Gutachten da von Geistesschwäche zu reden, wo Geschäftsfähigkeit im beschränkten Maße vorhanden ist und von Geisteskrankheit, wo volle Geschäftsunfähigkeit vorliegt; letzteres ist nach juristischer Auffassung der Fall bei einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, sofern er nicht seiner Natur nach ein vorübergehender ist.

Erhebliche Schwierigkeiten erwachsen der exakten Begutachtung, wenn diese sich nicht auf objektive, vom Gutachter erhobene Befunde, sondern nach Ableben des Individuums auf anamnestisches, etwa durch Zeugenaussagen gewonnenes Material stützen kann. Dieser Fall ist gegeben, wenn es sich um die Entscheidung der Frage handelt, ob eine Handlung z. B. Setzung eines Testamentes, in einem geschäftsfähigen Zustand vollzogen wurde. Dann muß das Gutachten von der kritischen Sichtung des vorhandenen Materiales ausgehen, die auf diese Weise ge-

Digitized by Google

wonnenen Voraussetzungen, auf welche es sich aufbaut, scharf hervorheben und den Grad der Wahrscheinlichkeit, welche für die gewonnene Anschauung spricht, bewerten.

§ 1569 des BGB.

„Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.“

Auch hier handelt es sich, wie bei der Beurteilung der Geschäftsfähigkeit nach § 6 des BGB., um die Bewertung der Folgen einer Geistesstörung für eine spezielle praktische Frage, nämlich ob mit der vorhandenen Anomalie die Fortdauer der geistigen Gemeinschaft der Ehegatten vereinbar ist. Wie leicht einzusehen, kommt es dabei wesentlich auf die praktische Bewertung von Defektzuständen an. Wir sind auf diese Frage bereits bei Besprechung der Intelligenzuntersuchung eingegangen und können hier auf diese Ausführungen verweisen (s. S. 60). Die in dem erwähnten Paragraphen geforderte prognostische Beurteilung führt über den Rahmen des Buches hinaus, doch ist es klar, daß eine nach allen Richtungen gesicherte Diagnose, wie sie die heutige klinisch orientierte Psychiatrie fordert, nicht nur das gegenwärtige Zustandsbild bezeichnet, sondern auch ein Urteil über Verlauf und Ausgang des Leidens enthält.

Auf die Gesichtspunkte, welche bei der Beurteilung des kausalen Zusammenhanges zwischen Unfall und Psychose bzw. Psychoneurose in Frage kommen, sind wir bei Behandlung der Ätiologie geistiger Störungen im allgemeinen und bei der Erwähnung der traumatischen Neurosen im besonderen eingegangen. Das sachverständige Urteil wird dabei in erster Linie die vorliegenden Symptome diagnostisch bewerten. Bei ihrer Sammlung ist in diesem Falle stets die Möglichkeit von Simulation und Aggravation zu berücksichtigen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Frage, ob die nachgewiesenen oder anamnestisch erhobenen Erscheinungen zum typischen Bild einer bekannten Krankheitsform zusammentreten. Inkonsequenzen und Inkon-

Digitized by Google

gruenzen in der Symptomenreihe müssen stets den Verdacht auf Simulation erwecken. Nach Ausschluß dieser geben Abweichungen vom Typus der Annahme Raum, daß sie durch die in Frage stehende Ursache direkt oder indirekt bedingt sind.

Nach Feststellung der Diagnose erhebt sich die weitere Frage nach der Ätiologie der Krankheit. Wie aus der früheren Darstellung zu entnehmen ist, sind wir nur bei einer verhältnismäßig geringen Zahl von Krankheitsformen in der Lage, bestimmte Schädlichkeiten für deren Entstehung verantwortlich zu machen, und der ideale Fall, daß die ätiologischen Momente lückenlos überblickt werden können, ist tatsächlich niemals gegeben. Auf diese Weise bleibt stets die Möglichkeit offen, daß ein bestimmter Faktor, welcher als Krankheitsursache überhaupt in Betracht kommt, — und dies steht für das Trauma fest — auch im besonderen Falle an der Entwicklung der Krankheit beteiligt ist. Selbst die sichere Kenntnis einer bestimmten Ursache, wie der Lues für die Paralyse, schließt nicht aus, daß auch noch weitere für die Entwicklung des Krankheitsbildes von Bedeutung waren. Doch hat das Gutachten sich aber keinesfalls mit einer derartigen Möglichkeit zu begnügen, es wird vielmehr nur dann den an ein motiviertes Gutachten gestellten Forderungen entsprechen, wenn der vertretene kausale Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist. Ein solcher ist insbesondere unter nachstehenden Bedingungen gegeben:

1. Wenn das Trauma überhaupt zu irgendwelchen organischen Schädigungen führte, die eine cerebrale Läsion bedingen (schwerer Bewußtseinsverlust mit retrograder Amnesie, cerebrale Lähmung usw.).

2. Wenn aus der Symptomatologie oder dem Verlaufe sich Anhaltspunkte dafür ergeben, daß das Trauma auf die Entwicklung der Krankheit von Einfluß war, so etwa wenn die geistige Störung unmittelbar im Anschluß an das Trauma ausbrach, oder nach diesem eine Änderung in der Tendenz des Krankheitsverlaufes erfolgte.

In solchen Fällen ist das Trauma als Hilfsursache anzusehen und der kausale Zusammenhang zwischen Unfall und Geistesstörung zu vertreten.

Ähnlich gestaltet sich die Überlegung bei der Begutachtung von Psychoneurosen. Hier bereitet jedoch die Einschätzung der

Digitized by Google

Symptome meist wesentlich größere Schwierigkeiten. Wir gehen auf dieses Grenzgebiet der Psychiatrie und Neurologie hier darum ein, weil an dem Zustandekommen der Symptome bei der Unfallneurose meist psychische Mechanismen beteiligt sind.

In der Sichtung des Materials empfiehlt es sich, organische und funktionelle Störungen streng auseinanderzuhalten. Bei der Feststellung von organischen Symptomen fällt die ganze Überlegung in das Gebiet der Neurologie. Der Gedankengang ist dann im ganzen identisch mit dem eben für die Begutachtung von Psychosen skizzierten. Nur bei gleichzeitig bestehenden funktionellen Störungen, welche den organischen vielfach superponiert sind, muß man auch die im folgenden darzustellenden Möglichkeiten erwägen.

Die funktionellen Störungen lassen sich in subjektive und objektive einteilen. Bei der Feststellung der subjektiven sind wir auf die Aussagen des Individuums wesentlich angewiesen (Schmerz, Sensibilitätsstörungen usw.). Unter den objektiven Symptomen sind Erscheinungen besonders wertvoll, welche willkürlich nicht erzeugt werden können.

In allen Fällen empfiehlt es sich, von den objektiven Symptomen auszugehen und diese als Grundlage für die Diagnose und Beurteilung der Schwere des Krankheitsprozesses und der sich daraus ergebenden Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu wählen. Die Entscheidung ist dann leicht, wenn eine Kongruenz zwischen objektiven und subjektiven Symptomen besteht. Treten nun die objektiven Symptome zurück oder sind ausschließlich subjektive vorhanden, dann spitzt sich die Frage darauf zu, ob die subjektiven Symptome als vollwertig anzusehen sind, mit anderen Worten, ob Simulation vorliegt oder nicht.

Schwierigkeiten in dem Nachweise von Simulation sind dadurch gegeben, daß wie wir heute wissen, funktionelle Störungen überhaupt in weitgehender Weise von den Vorstellungen des Individuums abhängig sind. Die Differenz zwischen simulierten und krankhaften Störungen liegt darin, daß letztere ohne Beteiligung des Bewußtseins entstehen, während im ersten Falle die bewußte Absicht vorliegt, ein Symptom zum Zwecke der Täuschung hervorzurufen. Die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Trauma und Symptom wird bei funktionellen Störungen dadurch erschwert, daß hier die Beziehungen

Digitized by Google

zwischen Ursache und Wirkung meist wenig durchsichtig sind, so daß für die Erklärung immer eine Reihe von Zwischengliedern angenommen werden muß, die z. T. ins bewußte, z. T. ins unbewußte psychische Leben fallen. Der Effekt dieser Ursachen ist eine inadäquaten Reaktion. Diese Art zu reagieren ist für die psychopathische Konstitution charakteristisch und setzt eine solche geradezu voraus. Wir haben danach beim Vorhandensein von funktionellen Störungen uns stets die Frage vorzulegen, ob eine solche besteht, im verneinenden Falle gewinnt die Annahme, daß Simulation vorliegt, Raum. Wird psychopathische Konstitution nachgewiesen, dann stehen wir vor der Frage, ob sie schon vor dem Unfalle bestand oder erst durch diesen erzeugt wurde, so daß es sich also um eine erworbene (traumatische) Konstitution handelt. Diese Entscheidung ist außer der genauen Sichtung des Materiales, das z. T. die Anamnese liefern muß, zu treffen. Wir haben dabei sowohl auf die früheren Reaktionen des Individuums auf affektvolle Erlebnisse, als auf die unmittelbaren Folgen des Unfalles zu achten. Bei erworbener psychopathischer Konstitution läßt sich meist eine allmähliche Veränderung der ganzen Individualität nachweisen.

Digitized by Google

Zweiter Teil.

Spezielle Diagnostik.

Einleitung.

Während eine frühere Psychiatrie ihre diagnostische Aufgabe in der Feststellung des augenblicklichen Zustandsbildes im wesentlichen für erledigt ansah, hat Kahlbaum den Begriff der Krankheitseinheit aufgestellt, welcher Krankheitsformen von identischer Ätiologie, Symptomatologie, klinischem Verlauf, Endzustand und Hirnbefund umfassen sollte. Am entschiedensten hat Kraepelin diese Ideen zu verwirklichen gesucht und dem Prinzip allgemeinere Anerkennung verschafft, so daß es heute fast durchgehend als Hauptziel der klinischen Forschung Geltung hat. Dagegen hat Wernicke nachdrücklich auf die Grenzen dieser Betrachtungsweise hingewiesen, indem er hervorhob, daß identische Zustandsbilder bei verschiedenen Krankheitsformen vorkommen können und insbesondere hat die anatomische Forschung dargetan, daß Hirnprozesse gleichen nosologischen Charakters mit ganz verschiedenartigen psychischen Störungen einhergehen können. Zu dem gleichen Resultate führt auch die ätiologische Betrachtung und in diesem Sinne scheint auch die neueste serologische Forschung zu sprechen. Endlich hat die Individualpsychologie uns heute schon auf die Bedeutung der individuellen Anlage bzw. ihre pathologische Abänderung für die Färbung des Zustandsbildes hingewiesen.

Unter diesen Umständen erscheint es erklärlich, daß die Auffassungen über einzelne Krankheitsbilder vielfach noch weit divergieren und der gleiche Fall sogar von berufenen Autoren verschieden diagnostiziert wird. Daraus erklären sich aber auch die Wandlungen, welche in den Anschauungen der maßgebenden Psychiater selbst zu verfolgen sind.

Digitized by Google

Für den untersuchenden Arzt ergibt sich daraus der Hinweis, im Einzelfalle Zurückhaltung in der Diagnose zu üben und in der Auflösung des Symptomenbildes sowie der ätiologischen und klinischen Analyse des Krankheitsfalles unter Berücksichtigung der Individualität des Kranken eine wichtigere Aufgabe zu sehen als in der Bestimmung des Krankheitsnamens.

Die vorwiegend klinisch und ätiologisch orientierte Forschungsweise der jüngsten Zeit hat auch bereits zu vielseitig gesicherten Erfahrungen geführt, die dem Arzte feste Unterlagen für ein zielbewußtes diagnostisches und prognostisches Vorgehen bieten. Wir kennen:

1. Organische Geistesstörungen, die als symptomatische Psychosen bei Gehirnerkrankungen aufzufassen sind; bei diesen ist der pathologische Prozeß aus den neurologischen Symptomen zu diagnostizieren.

2. Ausgeprägte Krankheitsformen, charakteristisch in Entwicklung, Verlauf und Ausgang, die auch symptomatologisch scharf umgrenzt sind und daher schon aus dem Zustandsbild erkannt werden.

3. Symptome und Symptomenkomplexe, welche prognostisch bedeutungsvoll sind, weil sie einen Prozeß verraten, der zur Zerstörung der psychischen Persönlichkeit führt, andere wieder, die eine unbedingt infauste Prognose ad vitam bestimmen.

4. Psychische Funktionsstörungen, bei denen quantitative Untersuchungen auch geringere Abweichungen von der Norm festzustellen und den Grad der Schädigung zu messen gestatten.

Für die praktische Diagnostik ergibt sich somit in der Regel folgender Gang der Untersuchung: zunächst ist aus den etwaigen neurologischen und serologischen Befunden festzustellen, ob ein tieferer organischer Hirnprozeß vorliegt (progressive Paralyse, multiple Sklerose, Lues cerebri usw.). Im negativen Falle ist nach Symptomen der bekannten typischen Psychosenformen zu fahnden, manisch-depressives Irresein, Paranoia, Amentia usw.). Lassen sich auch diese nicht nachweisen, so ist zu untersuchen, ob der vorhandene Symptomenkomplex Zeichen eines ungünstigen, progredienten Krankheitsprozesses trägt (Dementia praecox) oder endlich, ob nur schwerere oder leichtere Grade einer Störung psychischer Funktionen vorliegen.

Digitized by Google

Nicht selten wird eine endgültige Entscheidung bei einmaliger Untersuchung oder kurzer Beobachtung noch nicht möglich sein und die diagnostische Aufgabe kann dann nur durch längere Beobachtung des ganzen zu verfolgenden Symptomenkomplexes der Lösung nähergebracht werden.

In jedem Falle ist an dem methodischen Grundsatz festzuhalten: die objektive Feststellung des vorliegenden Symptomenkomplexes muß als die erste, die nosologische Bewertung der Befunde als die zweite Aufgabe gelten.

Das Zustandsbild.

Der Diagnose des Krankheitsprozesses wird in den meisten Fällen bei logischer Entwicklung derselben die Fixierung des Zustandsbildes vorangehen. Wir verstehen darunter die zur Zeit der Untersuchung vorliegende Gruppierung von Elementarstörungen, die im allgemeinen Teile besprochen wurden. Diese Gruppierung trägt in den meisten Fällen für den Erfahrenen eine derart charakteristische Form, daß er aus dem Zustandsbilde die entscheidende Diagnose zu stellen vermag. Fehlen diese Voraussetzungen, dann ist prägnante und objektive Fixierung des Zustandsbildes immer wertvoller als eine vorläufige und nicht genügend gesicherte Diagnose, die durch subjektive Voreingenommenheit und einseitige Einstellung des Untersuchers der weiteren Überlegung im Wege steht und eventuell die Angehörigen des Kranken mit unbegründeten Hoffnungen oder Sorgen erfüllt.

Zur Bezeichnung des Zustandsbildes liegen aus der Zeit, in der man mehr symptomatologisch als klinisch diagnostizierte, eine Reihe von Namen vor, die für manche Psychiater auch heute noch den Wert von Diagnosen haben, für uns aber nur einen vorläufigen Ersatz bieten, weil jedes Zustandsbild die Möglichkeit verschiedener Krankheitsformen in sich schließt. Die Fixierung des Zustandsbildes hat aber bei dieser Sachlage darin ihren besonderen Wert, daß unsere vorwiegend ätiologischen Diagnosen noch nichts über die spezielle Erscheinungsweise der Krankheit aussagen, die für eine Reihe praktischer Fragen allein entscheidend ist.

Es ist darum zweckmäßig, ehe wir zur Besprechung klinisch umgrenzter Krankheitsformen übergehen, die wichtigen Zustands-

Digitized by Google

bilder kurz zu diskutieren. Einzelne kamen bereits in den früheren Kapiteln zur Erörterung, soweit sie vorwiegend durch ein Symptom charakterisiert sind. Wir erwähnen sie hier nochmals, um die rein symptomatologische Bedeutung der Nomenklatur hervorzuheben.

Die Bezeichnung manisch gilt für ein durch Euphorie und motorische Erregung mit meist gesteigerter Produktivität charakterisiertes Zustandsbild.

Der Ausdruck melancholisch bezeichnet Depression, verbunden mit psychomotorischer Hemmung; erinnert sei an die früher gegebene Analyse des Angstzustandes. Anschließend sind charakteristische Mischzustände zu erwähnen: der manische Stupor, der eine Kombination von Euphorie und Hemmung vorstellt, die erregte Depression und die ideenflüchtige Depression, die als Verbindungen manischer Komponenten (psychomotorische Erregung) mit Depression aufzufassen sind.

Das hypochondrische Zustandsbild ist durch Produktion von hypochondrischen Vorstellungen und Wahnideen charakterisiert.

Mit dem Ausdrucke paranoisches Zustandsbild wollen wir ein klinisch und symptomatologisch bedeutsames Verhalten Kranker bezeichnen, dem meist keine genügende Aufmerksamkeit gewidmet wird, weshalb bei dieser Benennung mißverständliche Auffassungen zu berücksichtigen sind. Wir wollen damit einen Zustand der primären Wahnbildung hervorheben, in welchem die Auffassung gewöhnlicher Vorkommnisse wahnhaft entstellt ist (paranoische Apperzeption). Der Kranke findet es etwa auffällig, daß drei rote Bücher im Nebenzimmer stehen, daß ein Saalnachbar sich unter die Decke verkrochen hat; er bezieht alles auf sich, die Zigarettenmarke „Dandy“ bedeutet „und Du —“, die Frage nach dem Unterschied zwischen Kind und Zwerg wird dahin beantwortet: „Ich bin wohl der Zwerg.“ Man könnte wohl ein derartiges Zustandsbild als schizophren bezeichnen, hat aber damit nur einen neuen Begriff, doch keine Erklärung dafür gegeben.

Unter Stupor ist eine starke motorische Hemmung zu verstehen, die häufig von Katalepsie, Flexibilitas cerea, Negativismus oder anderen katatonen Symptomen begleitet ist. Das psychische Verhalten bleibt dahingestellt. In der Mehrzahl der Fälle ist ein stuporöses Individuum auch psychisch gehemmt. Manchmal ist

Digitized by Google

die Auffassung jedoch unwesentlich gestört, ebenso wie diese gestaltet sich auch das gemütliche Verhalten beim Stupor verschiedenartig.

Verwirrtheit ist ein bei den verschiedensten Psychosen auftretender Zustand, welcher das Krankheitsbild gewöhnlich vollkommen beherrscht. Der Begriff ist zunächst negativ durch Abwesenheit von Orientierung bestimmt. Doch gehört zu ihm auch das Streben, sich zu orientieren, und die aus der Erkenntnis der Erfolglosigkeit dieses Strebens sich ergebende Ratlosigkeit. Kurze Phasen (halluzinatorischer) Verwirrtheit, die meist von lebhafter ängstlicher Erregung begleitet sind, bezeichnet man als Delirien. Besser ist vielleicht der Name deliranter Zustand oder delirante Phase, da der Ausdruck Delirium zur Verwechslung mit Delirium tremens Anlaß gibt.

Eine partielle Verwirrtheit stellt der Dämmerzustand vor. Derartige Individuen sind nur in bezug auf die reale Außenwelt desorientiert. Der Gegensatz wird von ihnen nicht empfunden, da sie in einer eigenen, erträumten Innenwelt leben und in derem Sinne Eindrücke auffassen und deuten.

Eingehendere Besprechung erfordert ein Krankheitszustand, der auch als besondere Krankheitsform gilt, nämlich das Korsakoffsche Syndrom. Wir verstehen darunter eine hochgradige Merkschwäche, verbunden mit Konfabulation. Er kann bei stärkerer Ausprägung selbst der primitivsten Untersuchung der Merkfähigkeit nicht entgehen, ohne diese aber übersehen werden, da die Kranken vielfach noch gut auffassen und die Lücken ihres Gedächtnisses durch erfundene Berichte ergänzen, zu denen die gewöhnliche Lebenserfahrung, alltägliche Eindrücke usw. das Material abgeben. Ältere Eindrücke sind fast vollkommen erhalten und können prompt reproduziert werden. Nur von einem bestimmten Zeitpunkt an, der annähernd mit der Erkrankung zusammenfällt, sind alle Eindrücke wie weggewischt (das Individuum ist für sie amnestisch); auf diese Weise fehlen (wenigstens im Beginn des Leidens) auch die Voraussetzungen der Orientierung. Ein ganz ähnliches Bild bietet auch der bei der senilen Demenz zu beobachtende Zustand der Presbyophrenie. Seltener sind derartig schwere Merkfähigkeitsstörungen bei Lues cerebri, Paralyse, nach Infektionspsychosen zu beobachten. Sie treten hier hinter den übrigen Symptomen dieser Krankheiten zurück. Auch Trauma, Shock,

Digitized by Google

Strangulation usw. können Ausfall der Erinnerungen für einen bestimmten Zeitabschnitt bedingen. Krankheitsbilder letzterer Art zeigen bloß eine vorübergehende Störung der Merkfähigkeit, auf diese Weise kommt ein Merkdefekt zustande, der nach beiden Richtungen ziemlich scharf umschrieben ist (Amnesie).

Die Demenz bildet heute eine rein symptomatologische Bezeichnung für den Endzustand gewisser, ihrem Wesen nach deletär verlaufender Psychosen, während der früher gebrauchte Ausdruck akute Demenz für rasch sich entwickelnde und eventuell auch vorübergehende Phasen geistigen Versagens galt. Maßgebend für die Benennung kann nur der Ausfall der Intelligenzprüfung sein oder die Erkenntnis, daß eine beobachtete Gefühlsreaktion oder Willenshandlung einen intellektuellen Defekt voraussetzt. Bei der Tragweite des Urteiles Demenz ist die Möglichkeit der Täuschung durch anderweitige Vorgänge, wie Hemmung usw. zu berücksichtigen.

Einteilung der Psychosen.

Eine Übersicht der von der Psychiatrie heute unterschiedenen Krankheitsformen dürfte zur Orientierung in der speziellen Diagnostik wünschenswert sein. Damit ist die nicht ganz leichte Aufgabe einer Einteilung der Psychosen gestellt. Diese könnte unter verschiedenen Gesichtspunkten streng logisch durchgeführt werden; fraglich bliebe aber der innere Wert und didaktische Nutzen eines solchen künstlichen Systems; er wird nur dann erreicht, wenn in der Einteilung auch die Gesichtspunkte tatsächlich vorhandener und erfolgreicher Forschungsrichtungen zur Geltung kommen. Aus diesem Grunde muß eine ausschließlich symptomatologisch orientierte Einteilung abgelehnt werden. Die moderne psychiatrische Forschung hat sich besonders nach zwei Richtungen fruchtbringend gestaltet, nämlich nach der klinischen und ätiologischen Seite. Es ist also naheliegend, das Einteilungsprinzip von hier aus zu wählen.

Da die neuere klinische Forschung ergeben hat, daß bestimmten Psychosen ein bestimmter Verlauf zukommt, so können die Krankheitsformen nach ihrem Ausgang zunächst in zwei große Klassen gesondert werden. Nun hat aber die ätiologische Forschung Krankheitsgruppen aufgestellt, deren einzelnen Spezies eine differente Prognose zukommt (Alkoholpsychosen, thyreogene,

Digitized by Google

traumatische Geistesstörungen) und ähnliche Schwierigkeiten bieten auch rein symptomatologische Krankheitsformen wie die Epilepsie. Derartige Gruppen müssen also bei dem erwähnten Einteilungsprinzip zerrissen werden. Immerhin kommt ihm eine große didaktische Bedeutung zu und aus diesem Grunde soll in Anlehnung an Ziehen[1]) eine derartige prognostisch orientierte Übersicht der Psychosen gegeben werden.

A. Psychosen ohne Intelligenzdefekt.

1. Affektive Psychosen: primäre Symptome auf affektivem Gebiete.
   a) melancholisches } Irresein.
   b) manisches } Irresein.
   c) zirkuläres } Irresein.
2. Intellektuelle Psychosen: primäre Symptome auf intellektuellem Gebiete.
   a) Querulantenwahn.
   b) Paranoia chronica.
   c) Symptomatische Psychosen (halluzinatorische Verwirrtheit, Dämmerzustände, Delirien),
      α) epileptisch,
      β) hysterisch,
      γ) toxisch und infektiös,
      δ) traumatisch usw.
3. Psychopathische Konstitutionen (Gruppen wie in der späteren Einteilung).

B. Defektpsychosen.

1. Angeborener Schwachsinn.
   a) Idiotie,
   b) Imbezillität.
   c) Debilität.
2. Erworbener Schwachsinn.
   a) Dementia paralytica.
   b) Dementia senilis.
   c) Dementia arteriosclerotica.
   d) Dementia secundaria (bei Herderkrankungen und anderen organischen Prozessen).
   e) Dementia traumatica.
   f) Dementia praecox.
   g) Dementia epileptica.
   h) Dementia alcoholica.
   i) Dementia secundaria (nach funktionellen Psychosen).

[1]) Ziehen, A., Psychiatrie. III. Auflage. Leipzig 1908.

Digitized by Google

Eine weitere Möglichkeit ist, die Ätiologie als maßgebendes Einteilungsprinzip aufzustellen. Eine Schwäche dieses Systems ist darin gelegen, daß man bisher noch nicht die Ätiologie aller Psychosen kennt, so daß eine Ergänzung durch symptomatologisch abgegrenzte Krankheitsgruppen notwendig wird; da aber gleiche Ursachen verschiedene Krankheitsformen erzeugen, kommt auf diese Weise eine Verbindung zweier heterogener Einteilungsprinzipien zustande. Trotzdem kann aber an diesem System festgehalten werden, weil es dem Gang der psychiatrischen Forschung am besten entspricht und durch deren weitere Fortschritte stets ergänzt werden kann.

Eine ätiologische Übersicht, die wenig mehr als eine lose Aneinanderreihung von Krankheitsformen mit bekannter Ätiologie vorstellt, liegt vor in dem von der statistischen Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie zur vorläufigen Verwendung verfaßten Schema. Daß dieses im wesentlichen auf Kraepelin[1]) zurückgehende Schema auch strengeren Forderungen angepaßt werden kann, hat die von Roemer[2]) auf Grund der Heidelberg-Illenauer Bearbeitung vorgenommene Einteilung der Psychosen gezeigt. In den weiteren Besprechungen soll die darin enthaltene Nomenklatur beobachtet werden. Die folgende Behandlung des Stoffes unter diagnostischen Gesichtspunkten kann sich natürlich nicht streng an diese Einteilung binden, sondern muß diagnostisch Zusammengehöriges gemeinsam besprechen.

I. Angeborene Anlagen und konstitutionelle Zustände.

A. Originär-paranoische Formen.
  1. Originär-paranoische Konstitution.
  2. Pathologische Entwicklungen.
    a) Querulantenwahn.
    b) Paranoia.

B. Manisch-depressive Formen.
  3. Manisch-depressive Konstitution.
    a) Konstitutionelle Verstimmung.
    b) Konstitutionelle Erregung.
    c) Zyklothymie.

---

[1]) Kraepelin, Psychiatrie, 8. Auflage.

[2]) Roemer, H. Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien usw. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. XI. S. 69. 1912.

Digitized by Google

4. Manisch-depressives Irresein.
   a) Melancholie.
      α) Früh-,
      β) Spätformen.
   b) Manie.
   c) Zirkuläres Irresein.

C. Andere psychopathische Formen.

5. Psychopathische Konstitutionen.
   a) Angeborener (degenerativer) Schwachsinn.
      α) Torpide,
      β) erethische Form.
   b) Moral insanity.
   c) epileptoider Charakter.
   d) Dipsomanie.
   e) Hysterischer Charakter.
   f) Pseudologia phantastica z. B. pathologische Schwindler, pathologische Lügner.
   g) Haltlose.
   h) Neurasthenie.
   i) Zwangsvorstellungen.
   k) Sexuell Perverse.
   l) Sonstige psychopathische Konstitutionen.

6. Pathologische Reaktionen.
   a) Psychotische Reaktion (Psychosen nach Schreck und Konflikt, „Hysterische Psychosen").
   b) Haftpsychose.
   c) Traumatische Neurose.

II. Erworbene Zustände.

A. In utero oder in frühester Jugend.

7. Imbezillität (organische Form).
8. Idiotie.
9. Kretinismus.

B. Im späteren Alter.

A_1. Aus äußeren Ursachen.

10. Alkoholismus.
   a) Rausch,
      α) einfacher,
      β) pathologischer.
   b) Delirium tremens.
   c) Alkoholwahnsinn.
   d) Korsakoffsche Psychose.
   e) Alkoholepilepsie.

Digitized by Google

f) Chronischer Alkoholismus,
α) ohne,
β) mit Seelenstörung.
11. Morphinismus usw.
12. Andere chemische Vergiftungen.
13. Lues cerebri.
14. Dementia paralytica progressiva.
15. Psychosen bei akuten, toxisch wirkenden Krankheiten, z. B. Infektionskrankheiten, Herzkrankheiten, M. Basedowii, Chorea Sydenhamii s. minor usw.
16. Psychosen bei Krankheiten der Zentralorgane, z. B. Tumoren, Abszesse, Mult. Sklerose, Chorea Huntingt.
17. Psychosen nach traumatischer Gehirnschädigung.
a) Akute,
b) Chronische Schwächezustände.
18. Psychosen nach thermischen Schädigungen, z. B. Insolation.
19. Psychosen bei Erschöpfungen (insbesondere Generationsvorgängen, z. B. Amentia im Wochenbett).

B_1. Aus inneren Ursachen.
20. Dementia praecox.
a) Jugendformen,
α) hebephrene,
β) katatone,
γ) paranoide,
δ) sonstige Formen.
b) Spätformen.
21. Epilepsie mit und ohne Seelenstörung.
a) Vor der Pubertät.
b) Nach der Pubertät.
c) Spätformen.

C. Im Rückbildungsalter.
22. Senile Prozesse.
a) Delirium.
b) Verwirrtheit (Presbyophrenie).
c) Verfolgungswahn.
d) Dementia.
23. Arteriosklerotische Prozesse.
24. Senil-arteriosklerotische Prozesse.

1. Paranoia chronica und paranoide Erkrankungen.

Die Symptome, auf welche sich die Diagnose Paranoia stützt, sind nach den bisherigen Erörterungen bekannt, darum soll es

Digitized by Google

Aufgabe dieses Abschnittes sein, die Überlegungen darzustellen, welche die Stellung der Diagnose voraussetzt. Störend wirkt für den, der in dieses Gebiet und seine Literatur eindringen will, der Umstand, daß der gleiche Name für verschiedene Autoren nicht das gleiche bedeutet, was zur Folge hat, daß die Frequenz der Paranoia in ganz verschiedener Weise angegeben wird. Es soll hier zu unserer Aufgabe gehören, die Motive kennen zu lernen, welche für die divergenten Anschauungen maßgebend sind.

Die Diagnose Paranoia kann nur beim sicheren Nachweise von Wahnideen gestellt werden. Sind solche vorhanden, dann ist die nächste Frage, ob sie als primäre (autochthon) oder sekundäre (von anderen psychischen Erscheinungen ableitbar) zu gelten haben. Als Quelle von sekundären Wahnideen sind uns namentlich Affektanomalien (bei Affektpsychosen aber auch im Rahmen der psychopathischen Konstitution) bekannt. Als weitere Ursache von Wahnvorstellungen kommt Trübung des Bewußtseins und damit gegebene Auffassungsstörungen, ferner Verwirrtheit und Halluzinationen in Betracht, eine Symptomengruppierung, die beim Krankheitsbilde der Amentia vorliegt. Bei einer derartigen Deutung muß man sich jedoch versichern, daß der bestehende (halluzinatorische) Verwirrtheitszustand tatsächlich das Krankheitsbild erschöpft und nicht etwa eine Episode im Verlaufe eines Krankheitsprozesses bildet, dessen Wesen durch andere Merkmale bestimmt ist. Die Entscheidung über die Stellung der Wahnideen ergibt sich aus ihrem Verhalten beim Abklingen des Verwirrtheitszustandes, mit dem sekundäre Phänomene zurücktreten. Von einer paranoiden Erkrankung im engeren Sinne kann nur dann die Rede sein, wenn die Wahnideen primär bei voller Klarheit des Bewußtseins auf kombinatorischem Wege zustande kommen. Mit diesen Merkmalen ist für manche Autoren der Begriff Paranoia erschöpft, während er für die meisten anderen noch das Bestimmungsstück der Fixation, also eines Erhaltenbleibens der Wahnideen enthält. Letztere kennen also nur chronische Paranoiaformen, während erstere eine Paranoia acuta unterscheiden, womit aber nicht der Eintritt, sondern der Ablauf der Erkrankung mit Verschwinden der Wahnvorstellungen bezeichnet wird.

Digitized by Google

Die Fälle, welche als solche aufgefaßt und benannt werden, deuten andere Autoren dahin, daß es sich lediglich um ein zeitweiliges Zurücktreten der Wahnideen, also um keine wirkliche Heilung handelt. Ein akuter Verlauf findet bei paranoiden Erkrankungen auf exogener Basis (Alkohol usw.) sicher statt, doch betrifft der Streit bloß idiopathische Formen. Nach der ganzen Sachlage kann man heute kaum weiter gehen als zu sagen: bei einem geringen Teile der Paranoiker treten die Wahnideen zeitweilig zurück und bei einem (im Verhältnis zur Häufigkeit paranoider Erkrankungen) verschwindend kleinen Prozentsatze bleibt dieser praktisch als Heilung imponierende Zustand längere Zeit, vielleicht auch dauernd erhalten. Letztere Erfahrung haben allerdings nur wenige Beobachter machen können, ich selbst mußte in den wenigen Fällen, in denen ich Paranoia acuta mit Aussicht auf Heilung diagnostizierte. die Diagnose in Paranoia chronica oder in Dementia paranoides ändern.

Wir setzen nach diesen Bemerkungen über die sogenannte Paranoia acuta unseren früheren diagnostischen Gedankengang über chronische Verlaufsformen fort. Mit dem Nachweise primärer, fixierter Wahnideen in dem erörterten Sinne ist nur für einen Teil der Autoren die Diagnose Paranoia (chronica) gegeben. Für den anderen enthält der Begriff Paranoia (nach Kraepelin) auch noch das Merkmal voller und bleibender intellektueller Rüstigkeit; eine Voraussetzung, die nur in sehr seltenen Fällen zutrifft, so daß die Paranoia chronica in diesem Sinne eine Rarität vorstellt. Sind die erwähnten Bedingungen im besonderen Falle nicht vorhanden, dann wird die Erkrankung als paranoide bezeichnet und, wie noch zu besprechen sein wird, weiter gegliedert. Für uns ergibt sich zunächst die Aufgabe, auf die Verstandesleistungen einzugehen. Ein Ausdruck noch vorhandener Intelligenz ist die Systematisierung der Wahnideen. Von einer solchen ist dann zu reden, wenn alle mit der krankhaften Idee in Beziehung stehenden Vorstellungen im Sinne dieser Idee logisch verarbeitet und widerspruchslos (unter der damit gegebenen Voraussetzung) zusammengefügt sind. Die Untersuchung nach dieser Richtung ist durch die Produktivität echter Paranoiker vereinfacht. Meist werden die Beziehungen vom Kranken selbst aufgedeckt und man ist immer wieder überrascht über die weitgehende Kombinationsfähigkeit. Nötigenfalls gelingt es leicht, durch den Hinweis auf Gegeninstanzen die Festigkeit des Wahnsystemes und die verwendete Gedankenarbeit zu prüfen. Dabei ist natürlich im Auge zu behalten, ob es der Patient mit der

Digitized by Google

Erörterung ernst meint, oder ob er ausweichen will und nur aus irgendeinem Interesse Konzessionen macht (Dissimulation). Durch eine derartige Exploration wird nicht nur ein Urteil über die Intelligenz des Individuums gewonnen, sondern es ergeben sich dabei auch Anhaltspunkte für die Schätzung der Dauer des Krankheitsprozesses, da ein weit verzweigtes und durchgebildetes System eine längere Krankheitsdauer voraussetzt. Hat man sich auf diese Weise auch noch von der vollen intellektuellen Rüstigkeit des Kranken überzeugt, dann ist die Diagnose Paranoia chronica nach allen Richtungen gesichert.

Fehlt ein System oder Systematisierung der Wahnvorstellungen, so wird man sich wohl hüten müssen, diesen Mangel schlechthin auf einen erst beginnenden Prozeß zurückzuführen, da bei der Paranoia in der Regel, sobald überhaupt Wahnideen geäußert werden, die Auseinandersetzung mit der Erfahrung bereits erfolgt ist, die Diagnose wird demnach auch meist erst bei schon weit entwickelter Krankheit gestellt. Der Grund mangelnder Systematisierung und logischer Durchbildung wird daher eher in intellektuellen Defekten zu suchen sein. Diese können entweder schon von vornherein, also vor Krankheitsbeginn bestanden haben und wir haben es demnach mit einer Wahnbildung bei Imbezillität oder Debilität zu tun oder der Intelligenzdefekt ist ebenfalls Ausdruck des zur Wahnbildung führenden Prozesses, dann gewinnt (nach Ausschluß symptomatischer Wahnbildung bei Paralyse usw.) die Diagnose Dementia praecox (Schizophrenie) die größte Wahrscheinlichkeit. Ihre Sicherung geschieht durch den Nachweis spezifischer schizophrener Symptome (charakteristische Assoziationsweise, Affektanomalien, Willensstörungen, Zerfall der Persönlichkeit, Stereotypien, Wortneubildung usw.). Einigkeit besteht in den Anschauungen maßgebender Autoren insofern, als mit dem Bestehen der erwähnten Krankheitszeichen die Diagnose Paranoia chronica im allgemeinen für unvereinbar gehalten wird. Differenzen liegen nur hinsichtlich der weiteren Benennnng vor. Der natürlichste Weg ist, derartige Fälle als Dementia praecox bzw. Schizophrenie mit Wahnbildung aufzufassen. Der geläufigste Name für diese Krankheitsform ist Dementia paranoides. Bleuler hat die Bezeichnung Paranoid (als Untergruppe der Schizophrenie) eingeführt. Jene Autoren, welche die Dementia praecox im Kraepelinschen Sinne nicht anerkennen,

Digitized by Google

teilen derartige Krankheitsbilder in der oben erörterten Weise zwischen angeborenem Schwachsinn, Katatonie und Hebephrenie auf, was allerdings nicht ohne Zwang gelingt.

Aus der bisherigen Besprechung ist klar, daß die Diagnose Paranoia chronica mit Vorsicht gestellt werden muß 1. weil schizophrene Symptome nicht jederzeit deutlich hervortreten, 2. weil das Urteil völlig intakter Intelligenz sehr viele Voraussetzungen hat, 3. auch ein prognotisches Urteil über das weitere Verhalten intellektueller Funktionen zu fällen ist.

Unter diesen Umständen entstand das Bedürfnis, noch weitere Symptome zur Differentialdiagnose heranzuziehen. Kraepelin führte als solche insbesondere Halluzinationen und den Wahn körperlicher Beeinflussung an, die er für Merkmale der Dementia praecox hält. Diese Ansicht wird aber von vielen Autoren nicht geteilt. Einzelne erkennen in Halluzinationen das Merkmal einer besonderen Form der Paranoia chronica und unterscheiden danach eine Par. simplex und halluzinatoria, andere, die nicht auf dem kraepelinischen Boden stehen, sehen in Halluzinationen ein akzessorisches Symptom, das jederzeit im Verlaufe der Paranoia chronica auftreten kann. Ebensowenig fand das Kriterium des körperlichen Beeinflussungswahnes die allgemeine Anerkennung. Unsere Ansicht geht in den oben erwähnten Fragen dahin: Halluzinationen sind ein so geläufiges Symptom der Dementia praecox, daß man bei ihrem Auftreten jede andere schon gestellte Diagnose überprüfen muß. Von diesem Symptom ausgehend, vermag man meist tiefen Einblick in den psychologischen Mechanismus und die Struktur der Psychose zu gewinnen und die Diagnose des Falles zu sichern oder zu entscheiden. Der Wahn körperlicher Beeinflussung kann als Kriterium jedenfalls dann herangezogen werden, wenn er motorische Funktionen betrifft. Er stellt dann meist einen Ausdruck für die bestehende Willensstörung vor. Genau genommen erscheint damit das Bestehen einer Schizophrenie erwiesen, die sich aber in den Anschauungen der maßgebenden Autoren heute nicht ganz mit der Dementia praecox deckt. An diesem Punkte wird die Differenz dadurch besonders klar, daß Kraepelin den präsenilen Beeinträchtigungswahn nicht in der Dementia praecox aufgehen läßt, obgleich bei ihm sicher der Wahn körperlicher Beeinflussung in reiner Form auftritt. Bleuler rechnet da-

Digitized by Google

gegen den präsenilen Beeinträchtigungswahn konsequent zur Schizophrenie.

Wir haben uns auch noch mit Fällen zu beschäftigen, bei denen keine Zeichen der Dementia praecox ausgeprägt sind, die auf kombinatorischem Wege entstandene, aber nicht vollkommen systematisierte Wahnideen zeigen und intellektuell immerhin merklich defekt sind. Bezüglich der Auffassung dieser Krankheitsformen sind die Ansichten der Autoren geteilt. Die Wiener Schule, die Paranoia nicht mit intakter Intelligenz identifiziert, trägt kein Bedenken, die in Rede stehenden Fälle der Paranoia chronica zuzuzählen. Für diese Auffassung könnte geltend gemacht werden, daß die Lebensbedingungen, welche die Geistesstörung diesen Kranken schafft, eine Verkümmerung des Intellekts zur Folge haben. Bei weiterer Fassung des Schizophreniebegriffes sind die erwähnten Fälle der Schizophrenie anzureihen. Nach der älteren Umgrenzung der Dementia praecox durch Kraepelin, die sich in genauerer Weise mit der Schizophrenie deckte, wurden derartige Fälle von ihm als Dementia paranoides bezeichnet. Neuerlich grenzt er nach eingehenderem Studium der erwähnten Krankheitsbilder zwischen der Paranoia und der Dementia paranoides eine Mittelgruppe ab, bei der systematisierter Größen- und Verfolgungswahn besteht und der Ausgang ein mäßiger Grad von Schwachsinn ist: die Paraphrenie, welche in eine Paraphrenia systematica, expansiva und confabulatoria eingeteilt ist.

Dieses Einteilungsprinzip mutet darum befremdend an, weil der Einteilungsgrund kein einheitlicher ist. Die erste Gruppe der systematischen Paraphrenien ist durch ein Merkmal charakterisiert, das der ganzen Klasse paranoider Erkrankungen, insbesondere der Paranoia, sicher aber auch der Paraphrenia expansiva zukommt. Das Merkmal expansiv greift auf eine inhaltliche Charakterisierung zurück, die früher von der Wiener Schule zu einer durchgreifenden Einteilung der Paranoia verwendet wurde. Damals wurde nach dem Inhalte der Wahnideen eine Paranoia persecutoria und expansiva unterschieden, wobei letztere noch in die Paranoia inventoria seu reformatoria, religiosa, erotica zerfiel. Von der Paranoia persecutoria wurde noch die querulans oder der Querulantenwahnsinn abgegrenzt. Letztere Einteilung bewährte sich nicht, da die Zustandsbilder ineinander übergehen. Wir erwähnen sie hier nur, um an die am häufigsten zu beobachtenden Wahnformen zu erinnern. Über die Berechtigung der Untergruppen der Paraphrenie wird die weitere Erfahrung entscheiden. Wir sind auf diesen Begriff eingegangen, um dem Leser

Digitized by Google

vor Augen zu führen, daß hier ein weites Gebiet geistiger Störungen mit den verschiedensten Abstufungen der einzelnen Symptome hinsichtlich ihrer Intensität vorliegt, auf dem jede Abgrenzung mit Härten und Willkür verbunden ist.

Die ganze Unstimmigkeit zwischen den in der Psychiatrie bestehenden Richtungen tritt wieder zutage, sobald wir auf den praktisch, namentlich forensisch wichtigen Querulantenwahn eingehen. Während Kraepelin u. A. darin das Prototyp der echten Paranoia (systematische Wahnbildung bei intakter Intelligenz) erblicken, stellen andere Autoren seine Zugehörigkeit zur Paranoia überhaupt in Abrede, während noch andere ihn dem manisch-depressiven Irresein zuzählen. Die Widersprüche sind nur dadurch zu erklären, daß die verschiedenen Autoren Fälle verschiedenen Wesens im Auge haben. Querulieren bezeichnet ja lediglich eine bestimmte Verhaltungsweise, also ein Symptom. Die Psychopathologie zeigt aber, daß die gleiche Erscheinung verschiedene Ursachen haben kann. Die nächsten Quellen des Querulierens sind: 1. ein falsches Urteil über einen bestimmten Tatbestand, z. B. einen Rechtsfall, der meist den Ausgangspunkt des weiteren Verhaltens bildet, 2. Willensenergie, den gesetzten Zweck zu erzielen. Ein falsches Urteil kann wahnhaften Ursprungs sein und nur dann ist die Diagnose Paranoia in Betracht zu ziehen, es kann aber auch auf einer Schwäche oder Einseitigkeit des Denkens beruhen, und diese kann entweder primär oder durch eine besondere (pathologische) Gefühlsgrundlage gegeben sein, wie wir sie namentlich in hypomanischen Zuständen finden. Um beim letzten Falle zu bleiben: Ein derartiger Gefühlszustand kann im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins liegen, häufiger ist er aber konstitutionell bedingt (vgl. den Abschnitt Psychopathie). Urteilsschwach ist in erster Linie Ausdruck minderwertiger Verstandesanlage, es kann sich dabei um eine Form der Debilität, bei einseitiger Entwicklung des Gemütes und Verstandes um psychopathische Konstitution handeln.

Gehen wir auf den zweiten Punkt ein, so ist zu sagen, daß Willensenergie eine typische Dementia praecox geradezu ausschließt, für die ja Willensstörungen im Sinne eines zerfahrenen Strebens fast pathognostisch sind. Wir finden es also begreiflich, daß Kraepelin den Querulantenwahn von der Dementia paranoides weit abgerückt hat. Dagegen ist ein derartiger zäher Wille bei

Digitized by Google

leicht manischen, seltener bei psychopathischen Individuen zu finden. Aus all dem ist zu entnehmen, daß die als Querulieren bezeichnete Verhaltungsweise weder mit Paranoia noch mit Geisteskrankheit überhaupt identisch ist. Mit Rücksicht auf die praktische Bedeutung müssen vielmehr in jedem Einzelfalle beide Fragen aufgeworfen und aus der genauen Analyse beantwortet werden.

Der innige Zusammenhang zwischen Wahnbildung und bestimmten ätiologischen Faktoren, welche auch sonst psychische Störungen hervorrufen, führte dazu, einzelne ätiologische Gruppen paranoider Erkrankungen abzugrenzen. Die Berechtigung zu diesem Vorgange ist auch noch dadurch gegeben, daß diese Krankheitsformen spezifische Züge aufweisen.

1. Der präsenile Beeinträchtigungswahn hat in seiner Erscheinungsweise, wie bereits erwähnt, Ähnlichkeit mit schizophrenen Zustandsbildern (Halluzinationen, Wahn körperlicher Beeinflussung). Die Krankheit beginnt um das 50. Lebensjahr, trotzdem sind schon verschiedentlich senile Züge nachweisbar; die Unterscheidung gegenüber der Dementia paranoides liegt darin, daß die für jene charakteristischen Willensstörungen und Zerfall der Persönlichkeit nicht hervortreten.

2. Die senile Paranoia, welche eine Form seniler Geistesstörungen bildet, unterscheidet sich von der Paranoia chronica durch die Einförmigkeit der Wahnvorstellungen und durch ihre dürftige Verarbeitung und Motivierung. Der Unterschied gegenüber paranoiden Erkrankungen bei Dementia praecox liegt im Erhaltenbleiben der Persönlichkeit. Der Inhalt der Wahnidee ist meist Verfolgung und Beeinträchtigung seitens der nächsten Umgebung, Gehörstäuschungen treten vielfach hervor. Durch den engen Kreis und die mangelhafte Vertiefung der Wahnvorstellungen wird dem Verkennen dieser Geistesstörung Vorschub geleistet, doch liefert das Senium meist noch andere Symptome, die zum Beweise einer geistigen Störung dienen können; Urteilsschwäche, Gedächtnisdefekte, mehr oder weniger langwierige Verwirrtheitszustände und unsinniges Handeln. Eine für das Senium geradezu charakteristische Wahnform geben hypochondrische und Verarmungsideen, die gleichzeitig die bestehende Demenz deutlich erkennen lassen. Die Stimmung ist dabei stets depressiv, und es bestehen Übergänge zur senilen Melancholie.

Digitized by Google

3. Die Alkoholparanoia tritt am deutlichsten als eigenartige Psychose hervor, wo sie sich aus einer akuten alkoholischen Geistesstörung entwickelt. Die Unterscheidung vom Delirium ist durch das Erhaltenbleiben der Besonnenheit und mehr systematisierte Verfolgungsideen gegeben. Mit Entziehung des Alkohols treten bei manchen Fällen die psychotischen Symptome zurück, so daß das Krankheitsbild als eine akute Paranoia aufgefaßt werden kann. Doch ist dies der seltenere Fall, meist bleiben Wahnideen und Halluzinationen erhalten, es findet aber keine tiefergehende Systematisierung statt (Halluzinose). Züge von Demenz treten wie bei anderen Fällen von Alkoholismus chronicus deutlich zutage. Eigentümlich ist das schubweise Hervortreten der Symptome, auch wenn kein weiterer Alkoholabusus erfolgt. Von der Paranoia chronica unterscheidet sich diese Erkrankung durch das Fehlen eines Systems, von der Dementia paranoides durch den Mangel von Willensstörungen und Persönlichkeitszerfall und der für die Dementia praecox charakteristischen Gefühlsanomalien. Sind die erwähnten Unterscheidungszeichen nicht festzustellen, dann handelt es sich um eine Paranoia chronica bzw. eine Dementia paranoides bei einem Trinker. Ein fast spezifisches Symptom des chronischen Alkoholismus sind Eifersuchtsvorstellungen, sie mengen sich allen bei Potatoren zu beobachtenden Zuständen psychischer Störung bei; treten als falsches Urteil, das zum Teil auf Illusionen basiert, bei schweren Trinkern auf und sind hier noch korrigierbar, bekommen in deliranten Zuständen durch Halluzinationen besonders lebhafte Färbung und stehen als Wahnideen bei paranoiden Geistesstörungen zuweilen im Mittelpunkt der Psychose.

4. Ähnlichkeit der Symptomatologie mit der Trinkerhalluzinose zeigen Psychosen, welche bei der Tabes beobachtet werden und mit dieser in näherem ätiologischen Zusammenhange stehen. Die Diagnose Tabopsychose fordert besondere Vorsicht; zunächst ist die Möglichkeit auszuschließen, daß eine Taboparalyse vorliegt und damit die psychotischen Symptome auf Rechnung der Paralyse zu setzen sind. Diese Unterscheidung wird am sichersten durch den neurologischen Befund und die vier Reaktionen getroffen. Die nächste Frage ist, ob keine Dementia praecox (Schizophrenie) oder Paranoia vorliegt und der Fall als Kombination von Tabes und einer dieser Psychosen anzusehen ist. Erst nach Ausschluß dieser Möglichkeit ist die Diagnose Tabopsychose zu

Digitized by Google

erwägen. Die wahnhafte Verarbeitung tabischer Symptome (z. B. Krisen) kann nicht als Kriterium für einen innigeren ätiologischen Zusammenhang gelten.

5. Ähnliche Überlegungen werden auch für die Annahme einer auf dem Boden von Lues cerebrospinalis entstandenen Psychose zu entscheiden haben. Derartige Psychosen gehören aber ebenso wie echte Tabopsychosen zu den Seltenheiten, während Kombination von luischen Prozessen mit Psychose oft vorkommt.

6. Durch die spezifische Ätiologie und die eigentümliche Erscheinungsweise von den idiopathischen paranoiden Erkrankungen abzugrenzen sind paranoide Psychosen bei Strafgefangenen, welche als Verfolgungswahn der Gefangenen und Unschuld- oder Begnadigungswahn bezeichnet werden. Wie bei anderen Gefängnispsychosen handelt es sich dabei fast ausschließlich um degenerativ veranlagte psychopathische Individuen. Die Besonnenheit, die tiefere Verzweigung, die kombinatorische Tätigkeit unterscheidet diese Formen von Psychose von einer in der Gefangenschaft entstandenen Amentia (hysterischen Dämmerzustand u. dgl.), bei der die Situation der Psychose besondere Züge erteilt; ferner von der Wahnbildung bei psychopathischer Konstitution, bei welcher der Affekt die Hauptrolle spielt. Die psychische Ätiologie und die degenerative Grundlage teilen mit der letzterwähnten Form auch paranoide Erkrankungen, die zumeist bei Geschwistern und Ehegatten beobachtet werden: induziertes Irresein oder folie à deux. Die diagnostische Beurteilung des passiven Teiles (der also von einem an einer idiopathischen paranoiden Erkrankung leidenden Patienten psychisch infiziert zu sein scheint) hat insbesondere die Frage zu erörtern, ob eine wirkliche Geistesstörung oder, wie häufiger zu beobachten ist (zumal bei Frauen), nicht einfach eine kritiklose Übernahme von wahnhaften Urteilen und Deutungen statthat.

7. Aus doppelten Gründen sei hier noch auf die von Kraepelin aufgestellte Psychose der Tauben eingegangen, Einmal um die paranoiden Erkrankungen außerhalb der Paranoia und Dementia paranoides zu vervollständigen, dann um auf die Schwierigkeit hinzuweisen, welche bei Tauben der Diagnose entgegensteht. Die Kenntnis dieser Krankheitsform ist von Wichtigkeit, um nicht voreilig Schizophrenie oder Paranoia bei Tauben zu diagnostizieren und die Prognose entsprechend zu stellen.

Digitized by Google

Die endgültige Diagnose ist bei der Untersuchung derartiger Individuen hinauszuschieben, bis eine geeignete Beobachtung trotz der entgegenstehenden Schwierigkeiten völlige Klarheit in den maßgebenden Punkten gebracht hat. Außer den erwähnten Geistesstörungen ist differential-diagnostisch namentlich transitorische Wahnbildung auf affektiver Grundlage zu berücksichtigen und in Erwägung zu ziehen, daß eine derartige Basis bei tauben Individuen öfters vorliegt.

Zum Schlusse seien noch einige allgemeine Bemerkungen über die Diagnose der uns hier beschäftigenden Geistesstörungen angeführt. Bei der Tragweite der Diagnose Paranoia bzw. Dementia paranoides als unheilbarer Geistesstörung ist nach beiden Richtungen besondere Vorsicht am Platze. Man muß sich ebensowohl davor hüten, auf Grund flüchtiger (sekundärer) Wahnideen oder Urteilstäuschungen Paranoia zu diagnostizieren, als eine bestehende zu verkennen. Letzterem Irrtum wird dadurch besonders Vorschub geleistet, daß es sich öfters lediglich um ein Symptom handelt und die Kranken außerhalb ihrer Wahnvorstellungen, d. h. auf Gebieten, welche mit ihnen in keinem näheren Zusammenhang stehen, normal erscheinen. Ferner lehrt die Erfahrung, daß bei derartigen Kranken als Reaktion auf wiederholte Kollisionen mit der Umgebung im Laufe der Zeit das Streben sich entwickelt, für normal gehalten zu werden und sie auf Dissimulation krankhafter Symptome eingestellt sind. Da es sich um luzide und intellektuell relativ intakte Individuen handelt, wird die Dissimulation vielfach mit großem Geschick durchgeführt. Aus diesen Gründen ist es geboten, kein diagnostisches Urteil abzugeben, ohne die Aussagen des untersuchten Individuums einer genaueren Prüfung unterzogen zu haben und ohne über ein größeres, objektives anamnestisches Material zu verfügen.

Der diagnostische Gedankengang bei der Beurteilung paranoider Störungen wird sich in folgender Weise gestalten: zunächst ist festzustellen, ob die Wahnvorstellungen symptomatisch sind, also akzessorische Symptome bei einer wesentlich anders charakterisierten Geistesstörung bilden, sei es daß sekundäre Wahnvorstellungen als Folge von pathologischen Affekten, Halluzinationen usw. oder primäre kombinatorische wie beim Alkoholismus, bei der Lues-, Tabespsychose, bei der Psychopathie, Imbizillität usw. vorliegen.

Digitized by Google

Von diesen Krankheitsformen werden allgemein diagnostisch scharf jene Fälle getrennt, bei denen Wahnbildung nach Entwicklung und Verlauf das Wesen der Geistesstörung vorstellt. Ihre genauere Diagnose ist nach Schule und System verschieden, ein Teil der Autoren bezeichnet alle derartigen Fälle schlechtweg als Paranoia, für andere ist das Kriterium zur weiteren Unterscheidung der psychische Defekt (Zerfall der Persönlichkeit, Willensstörungen, Demenz, schizophrene Symptome). Auf diese Weise zerfällt die Klasse in zwei Gruppen:

Mangel jedes Defektes: Paranoia chronica.

Bestehen eines Defektes: Dementia paranoides (Paranoid).

Zwischen beiden kann als Vermittlung eine dritte Gruppe angenommen werden:

Leichter Defekt: Paraphrenie.

2. Manisch-depressives Irresein.

Unter diesen Begriff werden nach dem Vorgange Kraepelins von der Mehrzahl der Autoren eine Reihe von Krankheitsformen zusammengefaßt, die man früher als Melancholie, Manie und deren Unterarten bezeichnete. Man unterschied z. B. die Melancholie als besondere Krankheitsart und gliederte sie nach Symptomatologie und Verlauf in eine Melancholia simplex, Melancholia attonita, Melancholia periodica usw. Daneben zwangen aber auch Fälle mit periodischem Wechsel von depressiven und manischen Phasen, ein zirkuläres Irresein anzunehmen. Seit jeher wurde auch von einer reaktiven Euphorie gesprochen, die nach dem Abklingen der Melancholie auftritt und von Laien und Ärzten dahin gedeutet wurde, daß der Kranke sich über die wiedererlangte Genesung freut. Genauere Beobachtungen von entlassenen Kranken zeigten aber, daß diese Freude öfters die Grenzen normaler Affektintensität und Dauer überschreitet und pathologische Züge bekommt und daß derartige Zustände mehr oder weniger ausgesprochenen manischen Charakters den meisten Fällen von Melancholie folgen. Ebenso weisen depressive Phasen im manischen Zustandsbild, stundenweises Umschlagen der Euphorie in die entgegengesetzte Affektlage auf symptomatologische Beziehungen beider Krankheitsformen hin; in analoger Weise zeigen depressive Krankheitsbilder vorübergehend einen euphorischen Einschlag. Auf diese Weise wurde der Begriff der

Digitized by Google

Melancholie und Manie als Krankheiten sui generis immer mehr eingeengt, und auch für die früher von Kraepelin selbst noch als solche unterschiedenen klimakterischen Melancholien der Nachweis ihrer Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein erbracht.

Man sieht ohne weiters, daß die Zuordnung eines Falles zum zirkulären Irresein nicht ausschießlich durch die Symptomatologie gegeben ist. Nach Kraepelin ist es keinem Psychiater möglich, aus dem Zustandsbilde allein zu erkennen, ob ein Krankheitsfall als einfache oder periodische Manie resp. Melancholie oder als ein zirkuläres Irresein aufzufassen ist. Die Entscheidung darüber kann nur durch den Verlauf und die allgemeine Erfahrung getroffen werden. Jedenfalls steht logisch nichts im Wege, auch dann vom manisch-depressiven Irresein zu reden, wenn die zweite Phase nicht in Erscheinung tritt, da wir doch auch sonst in der Medizin die Diagnose nicht von der Feststellung aller zu einer Krankheitsform gehörigen Symptome abhängig machen.

a) Manie (manische Krankheitsphase des zirkulären Irreseins).

Zum Wesen dieser Erkrankung gehört eine ins Pathologische gesteigerte Euphorie. Wir müssen es zum Prinzip machen, diese Diagnose nie zu stellen, wenn wir von dem Bestehen eines derartigen Affektes nicht überzeugt sind. Dieser Satz ist darum besonders zu betonen, weil durch das Verhalten eines Individuums ein Lustaffekt vorgetäuscht werden kann. Wir sind aus dem normalen Geistesleben gewöhnt, den Zustand der Euphorie mit motorischer Erregung verbunden zu sehen. Gleiches gilt meist auch für pathologische Fälle, aber es kann auch eine motorische Erregung ohne Lustaffekt bestehen. Da die Diagnose sich, wie erwähnt, auf den Affekt stützt, so gelangen wir vor die Frage, wann ein solcher als pathologisch gelten muß. Die Kriterien hierfür sind: 1. Autochthone Entstehung. 2. Dauer, 3. Folgen, worunter die unter seinem Einfluß ausgeführten Handlungen zu verstehen sind. Durch jedes einzelne dieser Momente kann sich ein Zustand als krankhaft manifestieren. Zur Stellung der Diagnose Manie ist allerdings der Nachweis noch anderer Symptome erforderlich. Ein Lustaffekt kann exzessiv sein, ohne daß eine Manie vorliegt; denn auch bei anderen Geistesstörungen treten euphorische Affekte von größerer

Digitized by Google

Stärke z. T. sekundär auf. Bei der Manie handelt es sich stets um eine primäre affektive Veränderung, der Gegenstand des Affektes tritt erst hinzu und wird im Sinne desselben aufgefaßt und verarbeitet. Es läßt sich stets der Nachweis führen, daß das Individuum nicht erst durch das besondere Erlebnis in den euphorischen Affekt geriet.

Die Erkennung des Affektes als pathologisch ist dann leicht, wenn seine Folgen ohne weiteres abnorm sind. Hierher gehört in erster Linie die motorische Erregung, die sich im besonderen Falle vom einfachen Betätigungsdrang bis zur Tobsucht steigert. Es ist klar, daß unter derartigen Umständen das Bild verwischt und die Analyse erschwert werden kann. Im Zustande tobsüchtiger Erregung ist die zugrunde liegende Gemütsstimmung vielfach nicht mehr zu bestimmen und die Diagnose muß bei der Feststellung einer Geistesstörung bleiben. In vielen Fällen gestatten die sekundären Symptome, die Diagnose ohne Schwierigkeit zu stellen; ja man kann sagen, daß durch diese die Geistesstörung und ihr Charakter am augenfälligsten und überzeugendsten hervortritt. Sie gewähren uns auch wie auf anderen Gebieten psychischen Lebens als Reaktionen ein Maß für den Grad der Funktionsstörung. So kann gewiß die geistige Störung beim Vorhandensein von Größenideen nicht verkannt werden, die zugleich mit dieser Affektanomalie auftreten. Von differential-diagnostischer Bedeutung ist, daß diese Größenvorstellungen an bestimmte Fähigkeiten, an tatsächlich vorhandenen Besitz oder sonstiges objektives Material anknüpfen und eine allerdings manchmal sehr starke Übertreibung vorstellen. Oft werden derartige Größenideen anfänglich als Einfälle scherzhaft vorgebracht und dann festgehalten und verteidigt (räsonierende Manie). Nach diesen Erfahrungen müssen wir an der Diagnose Manie zweifeln, wenn phantastische, unmögliche Größenvorstellungen vorgebracht werden, wenn sie handgreifliche logische Widersprüche enthalten und das Individuum sich von ihnen leicht abbringen läßt.

Daß die euphorische Stimmung zu gehobenem Selbstgefühl, zu Selbstüberschätzung und damit zur Unterschätzung anderer führt, ist selbstverständlich; ebenso, daß sich dadurch Konflikte mit der Außenwelt ergeben. Diese führen bei entsprechendem Temperament zu Beeinträchtigungsvorstellungen. Das Individuum glaubt sich von der ihm inferioren Umgebung unterdrückt, benach-

Digitized by Google

teiligt, queruliert, oder es macht seinem Ärger in motorischer Entladung Luft. Zusammenstöße mit der Umwelt, Tätlichkeiten und gelegentliche Konflikte mit dem Strafgesetz (nicht aber gewohnheitsmäßige Kriminalität) sind an der Tagesordnung.

Ein weiterer sekundärer Zug der Manie ist eine Änderung des Gedankenverlaufes. Wir müssen hier Form und Inhalt unterscheiden. Bei formaler Betrachtung gewinnt man den Eindruck, daß der Vorstellungsablauf ein rascherer ist. Auf der Höhe der Erkrankung kann sich dieses Symptom zur Ideenflucht steigern. Ohne genauere Untersuchung scheinen die psychischen Prozesse bei der Manie rascher als beim Gesunden abzulaufen. Dagegen hat die exakte experimentelle Untersuchung ergeben, daß die Assoziationszeiten im Verhältnis zur Norm mindestens nicht verkürzt sind und daß der Eindruck eines rascheren Ablaufes durch den raschen Wechsel des Gegenstandes von Vorstellung und Gedanken bedingt wird.

Inhaltlich ist stets eine gewisse Produktivität nachzuweisen; die Quantität des Geleisteten ist meist schon infolge des für die Manie geradezu charakteristischen Mangels an Ermüdung groß. Im Beginne oder bei leichterer Erkrankung können praktisch und selbst wissenschaftlich wertvolle Arbeiten geleistet werden. Mit zunehmender Intensität der Krankheit treten die für den Wert von Leistungen maßgebenden Faktoren, die determinierenden Tendenzen und Obervorstellungen zurück, wodurch es an dem eigentlichen, richtunggebenden Elemente fehlt. Ebenso erweist sich die Aufmerksamkeit im Sinne mangelnder Konzentration und steigender Ablenkbarkeit gestört. Die erwähnten Anomalien haben zur Folge, daß das Ziel der Leistungen und Gedankengänge sich stetig ändert, durch wechselnde Eindrücke bestimmt wird, die Kranken bei nichts verharren, vom Hundertsten ins Tausendste geraten.

Wir stehen hier vor einem diagnostisch sehr wichtigen Punkt. Die Erfahrung lehrte, daß der geistige Besitzstand und der Intellekt bei der Manie keine Einbuße erleidet, daß wir es also mit einem Prozesse zu tun haben, der zu keiner Zerstörung geistiger Kräfte führt. Ein serologischer Beweis für diese klinische Beobachtung scheint sich in neuester Zeit durch das Studium der Abbauprodukte des menschlichen Organismus zu ergeben. Derartige Untersuchungen haben wahrscheinlich

Digitized by Google

gemacht, daß beim manisch-depressiven Irresein keine Störung des Rindenstoffwechsels vor sich geht, doch sind die gerade jetzt eifrig betriebenen Untersuchungen noch nicht derartig spruchreif, daß ihren Befunden schon eine gesicherte differential-diagnostische Bedeutung zuerkannt werden könnte. Zunächst wird die diagnostische Betrachtung noch bei den klinischen Beobachtungen zu verbleiben haben. Die geistige Produktivität wird mit Recht als ein wichtiges Merkmal angesehen. Zu ihrer Bewertung ist jedoch zu sagen, daß nur ihr tatsächliches Vorhandensein für Manie spricht, Mangel an Produktivität diese Diagnose aber nicht ausschließt. Bei Beurteilung der geistigen Leistungen kommt hier als Fehlerquelle in Betracht, daß ein rascher Ablauf von psychischen Funktionen eine gesteigerte Produktivität vortäuschen kann und daß die erwähnte Störung determinierender Tendenzen den Wert der Leistung beeinträchtigt. Als Ausgangspunkt der Beurteilung ist die gewöhnliche Leistungsfähigkeit vor der Erkrankung zu wählen und zu berücksichtigen, daß Manie auch bei einem normal oder pathologisch beschränkten Individuum auftreten kann. Man muß sich also hüten, den angeborenen bzw. früh erworbenen intellektuellen Defekt auf Rechnung des akuten Krankheitsprozesses zu setzen.

Zum Studium des Gedankenverlaufes beim manisch-depressiven Irresein wurde mit Erfolg auch das Assoziationsexperiment herangezogen. Bei der Einfachheit derartiger Versuche erscheint es empfehlenswert, in strittigen Fällen auch dieses Mittel zur Diagnosenstellung auszunützen. Derartige Versuche haben wesentlich zu dem Ergebnis geführt, daß in der manischen Erregung eine Verflachung der Assoziationsweise erfolgt, indem an Stelle von Reaktionen, die durch den Sinn des Reizwortes bedingt werden, solche treten, welche durch sprachmotorische und klangliche Beziehungen bestimmt sind.

Nach unseren bisherigen Betrachtungen vereinfacht sich die spezielle Differentialdiagnose des manischen Zustandes wesentlich. Wir müssen hier zunächst als Leitsatz hervorheben, wenn der bei der Untersuchung vorhandene Zustand die Analyse jener Merkmale, welche das Wesen der Krankheit bilden, nicht gestattet, so muß bei der Diagnose ein non liquet erhoben werden. Praktisch wird man sich in derartigen Fällen mit der Erklärung einer Geisteskrankheit begnügen können.

Digitized by Google

Allenfalls ist auch bloß von einem manischen Zustandsbilde zu reden. Zu einer exakten Diagnose ist aber die Erkenntnis des Wesens der Störung wichtig, weil gerade darin jene Krankheiten abweichen, die in Nebenzügen übereinstimmen und bei oberflächlicher Betrachtung der Manie ähnlich sind. Es sind das in erster Linie jene Krankheitsbilder, die mit motorischer Erregung einhergehen, Dementia praecox (zumal Katatonie) und Amentia.

Bei der Entscheidung zwischen Dementia praecox und Manie kommt außer der wiederholt betonten Gemütsstimmung das Vorhandensein oder Fehlen schizophrener bzw. katatoner Symptome in Betracht. Diese sind differential-diagnostisch aber nur dann zu verwerten, wenn sie mit einer gewissen Schwere einsetzen und das Krankheitsbild beherrschen. Gelegentliche schizophrene Äußerungen, ferner leichte Stereotypien und Maniriertheit sind bei unproduktiven Manien öfters zu beobachten. Dadurch kann sich diese Differentialdiagnose zu einer äußerst schwierigen Aufgabe gestalten, die nur durch sorgfältiges Abwägen aller für diese Krankheitsformen wichtigen und wesentlichen Symptome unter Berücksichtigung von hereditärer Anlage, Individualität, Ätiologie, Krankheitsverlauf usw. lösbar wird. Auch die Abderhaldensche Reaktion kann zu Rate gezogen werden.

Bei der Amentia ist die Euphorie vorübergehend meist sekundär durch Halluzinationen bedingt. Im übrigen wird das Krankheitsbild gerade durch jene Symptome beherrscht, die bei der Manie nur atypisch und interkurrent sind, Halluzinationen und Verwirrtheit.

Erregungszustände bei Epileptikern unterscheiden sich durch den völlig abweichenden Bewußtseinszustand und Vorstellungsverlauf.

Die Unterscheidung manischer Zustandsbilder bei der Paralyse gelingt fast in allen Fällen durch den Nachweis der Intelligenzstörung. Überzeugend ist der neurologische Befund und der Ausfall der vier Reaktionen.

Interkurrente Erregungszustände im Verlaufe der senilen Demenz und der Imbezillität tragen stets die diesen Krankheiten eigenen dementen Züge.

Selten ist die Unterscheidung gegenüber der Euphorie bei chronischem Alkoholismus zu treffen. Dem Trinkerhumor fehlt es an Stärke, Gleichmäßigkeit und Festigkeit, welche die

Digitized by Google

Affekte selbst hypomanischer Zustände zeigen. Sind die erwähnten Kriterien nachweisbar, dann handelt es sich um eine hypomanische Verstimmung bei einem Potator.

Die Unterscheidung gegenüber der Paranoia ist auf Grund der Analyse der Wahnidee als primäre (kombinatorische) oder sekundäre (affektiv bedingte) vorzunehmen. Erwähnt sei, daß die Erfahrung gezeigt hat, daß Querulanten manchmal konstitutionell manisch verstimmt sind.

In allen Fällen wird die Diagnose durch den Verlauf, sei es nach eigener Beobachtung, Anamnese oder Katamnese gesichert werden können. Der Umschlag in Depression wird mit Recht als ein wichtiges Kriterium angesehen, dem um so mehr Beweiskraft zukommt, je ausgesprochener das melancholische Zustandsbild ist.

b) Melancholie (depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins).

Auch für diese Diagnose ist der Nachweis krankhafter Gemütsverstimmung erforderlich. Dabei ist zweierlei wohl zu beachten: 1. daß größere Intensität einer traurigen Verstimmung noch nicht ihre Krankhaftigkeit beweist, und 2. daß eine erwiesenermaßen krankhafte Stimmung zur Diagnose einer Geistesstörung nicht genügt. Wir denken dabei nicht an Verstimmungszustände, die aus krankhaften somatischen Bedingungen erwachsen, etwa Depression über ein somatisches Leiden oder Angstaffekte bei Vitium cordis, vielmehr haben wir die traurigen Verstimmungen, die aus krankhaften psychischen Bedingungen hervorgehen, im Auge, nämlich Angstaffekte bei Neurosen. Wir müssen hier gleich darauf hinweisen, daß im letzteren Falle die Entscheidung, ob eine Geistesstörung wirklich vorliegt oder nicht, von allergrößter praktischer Bedeutung ist und sehr gewissenhafter Überlegung bedarf, da ein Irrtum nach der einen Seite zu ungerechtfertigter, den psychischen Zustand des Patienten schädigender Internierung führen, ein Irrtum nach der anderen Seite dem Patienten das Leben kosten kann. Bei der nie vollkommen auszuschließenden Suizidgefahr für Melancholiker ist die Diagnose dieser Geisteskrankheit mit ihrer Unterbringung in eine geschlossene Anstalt geradezu zu identifizieren. Vereinfacht wird die ärztliche Überlegung

Digitized by Google

bei versuchtem Suizid, wo dies Faktum allein für die Internierung maßgebend sein muß. In allen anderen Fällen bleibt das Resultat der ärztlichen Untersuchung entscheidend für die praktischen Maßnahmen.

Nach dem Gesagten kann das primäre Symptom (depressive Verstimmung) bei der Diagnose Geisteskrankheit versagen, da ja weder Intensität noch krankhafte Ursache eine solche sichert. Der Beweis, daß eine Geistesstörung vorliegt, läßt sich am klarsten aus den sekundären Symptomen erbringen, welche ohne weiteres als Ausfluß einer geistigen Erkrankung erkannt werden, nämlich Halluzinationen und Wahnideen; dazu treten Symptome einer zweiten, der gemütlichen Verstimmung parallelen Störung, nämlich des psychomotorischen Verhaltens.

Wir gehen von der Untersuchung der Gemütslage aus. Deren Veränderung tritt bei der Melancholie in zweierlei Weise auf, als Angst und als Depression. Im ersten Falle handelt es sich um einen Affekt, im zweiten um eine Verstimmung. Nach diesen Merkmalen eigene Krankheitsformen abzugrenzen, ist kaum angängig, weil man vielfach den Übergang eines Zustandes in den anderen auftreten sieht. Immerhin ist in vielen Fällen eine Gemütsverfassung vorherrschend, man kann danach von einem Zustandsbilde der Angstmelancholie sprechen, welches mit sehr markanten sekundären Symptomen verbunden zu sein pflegt, nämlich Wahnideen im Sinne des Kleinheitswahns. Die Kranken halten sich für unwürdig, für gottverlassene Sünder, sind schuld an allen Übeln der Welt, verdienen nicht die ihnen erwiesene Freundlichkeit und gute Behandlung. Halluzinationen treten ergänzend auf, die Kranken hören ihre Peiniger kommen, ihre Kinder gemartert werden usw. Die Angst ist vorwiegend mit motorischer Erregung verknüpft, die Kranken drängen aus dem Bett hinaus, eine innere Unruhe treibt sie herum, oft auch zum Suizid, was in ganz impulsiver Weise geschehen kann. Als abnorme Empfindung tritt Druck in der Herzgegend auf, der als Präkordialangst bezeichnet wird.

In einem gewissen Gegensatz zu dem beschriebenen affektiven Zustand steht die depressive Verstimmung; die Kranken sind dabei niedergeschlagen, haben ein dumpfes Gefühl der Trauer, sind von trüben Ahnungen erfüllt. Gegensätzlich ist auch das motorische Verhalten, in dem eine Hemmung das Bild be-

Digitized by Google

herrscht. Die Kranken sind entschlußunfähig, führen Bewegungen langsam und zögernd aus, liegen ruhig und passiv da; jeder Akt fällt ihnen schwer, die Sprache ist tonlos, auch die somatischen Funktionen scheinen danieder zu liegen. Es fehlt an Appetit, die Haut ist trocken, zuweilen livide, der Stuhl retardiert. Parallel der motorischen Hemmung geht meist eine psychische. Der Vorstellungsverlauf ist verlangsamt, das Denken erschwert, die Unterredung wickelt sich langsam ab, die Antworten sind kurz, einsilbig, erfolgen erst auf langes Zureden. Die psychische Hemmung kommt vielfach zum Bewußtsein der Kranken und veranlaßt ein Insuffizienzgefühl. Die Kranken fühlen sich unfähig zu jeder Leistung, nutzlos und überflüssig und denken an Suizid, zu dem es in diesem Zustande meist an Energie des Wollens fehlt. Die Hemmung kann dauerndes Symptom bleiben, zuweilen aber auch unerwartet von einem Angstanfall unterbrochen werden, in dem es zu folgenschweren Handlungen (Suizid im Raptus melancholicus) kommen kann.

Aus dem Gesagten ist zu entnehmen, daß durch die Hemmung der Untersuchung ein Ziel gesetzt wird und eine stärkere motorische Hemmung die Unterredung und damit eine psychische Analyse unmöglich macht. Ein weiteres Eindringen in den Bewußtseinszustand des Individuums ist dabei z. T. noch durch objektive Methoden, Einfluß von Reizen auf Puls, Atmung sowie auf das psychogalvanische Phänomen ermöglicht.

Daß die Melancholie ihrem Wesen nach zu keiner Beeinträchtigung des Intellektes führt, folgt aus der Untersuchung abgelaufener Fälle. Es erscheint darum naheliegend, aus dem Ergebnis der Intelligenzprüfung differentialdiagnostische Anhaltspunkte zu gewinnen. Aber abgesehen davon, daß während eines depressiven Krankheitszustandes die sprachlichen Reaktionen erschwert sind, kann dabei auch ein falsches Bild von der Leistungsfähigkeit eines Individuums gewonnen werden. Ein guter Ausfall der Intelligenzprüfung, d. h. dem Bildungsgrad entsprechende Leistungen können ohne weiteres diagnostisch verwertet werden, mangelhafte Leistungen können aber auch durch die bestehende Hemmung bedingt sein. Diese hat an sich nur formale Störungen zur Folge und oft ist tatsächlich zu beobachten, daß zwar langsam, aber hochwertig produziert wird. Zu einem derartigen Resultat führten unter anderem auch

Digitized by Google

Assoziationsversuche, die beim Melancholiker ein Überwiegen von inneren Assoziationen ergaben. Bei starker Hemmung leidet aber auch die Qualität der Produktionen. Der Wert der geistigen Leistung ist ja auch von der Beweglichkeit und dem Zuströmen von Gedanken abhängig, diese Funktionen sind aber bei der Melancholie oft hochgradig beeinträchtigt.

Die Differentialdiagnose hat somit das Hauptgewicht auf den Nachweis einer primären Verstimmung zu legen; die Untersuchung, Beobachtung des Verlaufes und Anamnese müssen dazu herangezogen werden; zu berücksichtigen ist, daß die Anamnese irreführend sein kann, da manche Erscheinungen von den Angehörigen als traurige Verstimmung aufgefaßt werden, ohne in Wirklichkeit eine derartige Affektanomalie vorzustellen, wie z. B. stilles, passives Verhalten, Apathie usw. Ferner genügt es auch nicht, als Stütze der Diagnose Melancholie anzuführen, daß ein Individuum im Verlaufe der Krankheit eine zeitlang, wenn auch im pathologischen Maße, deprimiert war, denn depressive Verstimmung tritt so häufig im Beginne von Geistesstörungen auf, daß der typische Verlauf jeder Geisteskrankheit früher in dieser Weise aufgefaßt wurde. Andererseits werden von Angehörigen häufig Erlebnisse als Erklärung gegeben, so daß der Schein einer reaktiven Verstimmung entstehen kann, während es sich um autochthone Verstimmungszustände handelt.

Bei der Diagnose ist auch Alter und Geschlecht zu berücksichtigen, da die Melancholie die typische Geistesstörung des Klimakteriums bildet (Involutionsmelancholie). Dabei ist insbesondere auf den Zusammenhang mit klimakterischen Störungen subjektiver Natur zu achten. Nur darf nicht vergessen werden, daß auch die progressive Paralyse meist in diesem Lebensalter beginnt und ein neurasthenisches Vorstadium hat. Gegenüber dieser Erkrankung fällt die Differentialdiagnose meist schon nach den psychischen Symptomen leicht. Tiefe des Affektes und Mangel dementer Symptome sind dabei von Bedeutung. Entscheidend bleibt der Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blutserum und im Liquor, sowie die übrige Untersuchung der Lumbalflüssigkeit.

Bei jüngeren Individuen bereitet die Unterscheidung von der Dementia praecox die größte Schwierigkeit, und zwar sind es weniger die affektiven als die depressiven mit psychomotorischer

Digitized by Google

Hemmung verbundenen Formen, welche die Differentialdiagnose erschweren. Gegen Melancholie spricht in erster Linie der Nachweis dementer Züge, ferner die Dissoziation zwischen Vorstellungs- und Gemütsleben, auch im übrigen ist nach schizophrenen Symptomen zu fahnden, nur dürfen abenteuerliche Einfälle oder ungewohnte assoziative Verbindungen nicht gleich als beweisend für Schizophrenie angesehen werden. Besondere Vorsicht erfordert die differentialdiagnostische Beurteilung des affektlosen Stupors. Sichere katatone Symptome, wie Flexibilitas cerea und Negativismus, schließen die Diagnose Melancholie aus, die genauere Untersuchung zeigt selbst bei stärkerer Hemmung deutliche Unterschiede zwischen dem melancholischen und katatonen Stupor. Der Melancholiker führt einfache Bewegungen in einem Zuge, wenn auch sehr langsam aus und kommt dabei zum Ziel. Bei der Katatonie sind absatzweise Bewegungen, Unterbrechung eines rascheren Bewegungsverlaufes durch Sperrungen, vielfach unzweckmäßige Bewegungen zu beobachten. Seltener kommt ein hysterischer oder epileptischer Stupor differentialdiagnostisch in Betracht. Entscheidend ist, daß beim hysterischen Stupor stets weitgehende Beeinflußbarkeit nachweisbar ist, während im epileptischen Stupor meist jede Reaktion fehlt. Im übrigen bringt die Feststellung der Entwicklung des besonderen Zustandsbildes meist Klärung. Verstimmungszustände von Epileptikern zeigen eine nur äußere Ähnlichkeit mit der melancholischen Depression, die Grundstimmung ist dabei oft mehr gereizt und aggressiv als traurig. Anomalien des Denkens und Urteilens treten schärfer hervor als bei der Melancholie, auch hebt sich die Verstimmung deutlicher von dem Geisteszustand in gesunden Tagen ab (unvermitteltes, rasches Einsetzen).

Depressionszustände und Angstaffekte treten im Verlaufe der Amentia auf, sind hier aber bloß interkurrente Erscheinungen, welche meist von Halluzinationen abhängen und werden bald von Phasen abgelöst, in denen das Individuum nach jeder Hinsicht frei, zuweilen auch leicht euphorisch ist. Diese Zustände der Luzidität bei der Amentia dürfen jedoch nicht mit den oft täglich eintretenden Remissionen bei der Melancholie verwechselt werden.

Die Angstneurose unterscheidet sich, wie bereits einleitend erwähnt, von der Angstpsychose durch den Mangel psychotischer Symptome.

Digitized by Google

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bieten manchmal die sogenannten manisch-depressiven Mischzustände, die zuweilen durch mehr oder weniger lange Zeit das Krankheitsbild beherrschen können. Auf den Anfänger pflegen sie geradezu verwirrend zu wirken, weil sie der typischen Symptomengruppierung und dem eigentlichen Wesen der geläufigen Krankheitsform zu widersprechen scheinen. Als relativ häufig zu beobachtenden Mischzustand erwähnen wir den manischen Stupor, der ein Nebeneinander der manischen Grundstimmung mit psychomotorischer Hemmung vorstellt, und die depressive Erregung, in welcher die melancholischen Kranken ihre traurigen Vorstellungen mit einer Lebhaftigkeit vorbringen, die man nur bei manischen Individuen zu sehen gewöhnt ist. Zur Erkennung dieser Zustandsbilder genügt es meist, nur an die in dem Wesen des manisch-depressiven Irreseins gegebene Möglichkeit einer Mischung der verschiedenen Grundsymptome dieses Leidens zu denken.

3. Psychopathische Konstitution.

Bei der Schwierigkeit, welche die Abgrenzung der Psychopathie von Psychosen einerseits, von der normalen Persönlichkeit andererseits macht, und bei der großen praktischen und forensischen Tragweite, welche dieser Unterscheidung zukommt, ist es erforderlich, jeden Einzelfall einer gründlichen Analyse zu unterziehen und sich keines Mittels zu begeben, welches seiner Auffassung förderlich sein kann. Unter Psychopathie verstehen wir eine im biologischen Sinne dem Individuum oder der Gemeinschaft nachteilige Abweichung der Persönlichkeit vom psychophysiologischen Durchschnittstypus, die vorwiegend durch eine krankhafte Anlage, seltener durch abnorme Einflüsse auf die spätere Entwicklung bedingt ist und sich in quantitativen und qualitativen Anomalien komplexer psychischer Funktionen äußert. Diese Anomalien sind bei der Psychopathie im engeren Sinne hauptsächlich auf dem Gebiete des Fühlens und Wollens zu suchen, während eine pathologische Reduktion der intellektuellen Funktionen nicht zu ihrem Wesen gehört.

Bei der Untersuchung besteht die erste wichtige Aufgabe in der Feststellung der Ätiologie, zumal der erblichen Belastung. Es steht zwar außer Zweifel, daß mit dem Nachweis

Digitized by Google

erblich belastender Momente und pathogener Einflüsse auf die weitere Entwicklung noch kein bestimmter Schluß auf den vorliegenden Geisteszustand gezogen werden darf, weil einerseits völlig normale psychische Funktionen mit schwerer Belastung und schädlichen Einflüssen jeder Art vereinbar sind, anderseits Psychopathie ohne jedes für uns zurzeit nachweisbare ätiologische Moment bestehen kann. Immerhin ist durch die Kenntnisse dieser Momente vielfach der Schlüssel zum Verständnisse mancher eigentümlicher Erscheinungsform gegeben; ferner erwächst der diagnostischen und prognostischen Bewertung daraus eine Direktive. Endlich bildet der erwähnte Fall, daß eine Häufung ätiologischer Faktoren für das psychische Dasein wirkungslos bleibt, auf diesem Gebiete, wo wir es mit feineren Abweichungen von der Norm zu tun haben, eine Seltenheit.

Die psychopathische Konstitution stellt in der Mehrzahl der Fälle einen Ausdruck abnormer Anlage vor, diese bildet vielfach die Folge von Keimschädigung durch Alkohol, Syphilis und andere Gifte. In anderen Fällen ist sie auf Vererbung zurückzuführen. Die Bedeutung des letzteren Momentes für die abnorme Anlage wurde früher im hohen Grade überschätzt und unter dem Einflusse Morels das Schreckgespenst einer von Generation zu Generation fortschreitenden Verschlechterung der Art aufgestellt: die Entartung; während wir heute der Ansicht sind, daß pathologische Züge der Aszendenz keine größeren Chancen zur Vererbung haben als die normalen und daß sich eine Gefahr für die Nachkommen nur aus einer Häufung identischer pathologischer Erbanlagen ergibt, wie es etwa bei der Ehe gleichartig belasteter Verwandten der Fall ist.

Wie weit neben hereditärer Belastung noch andere ätiologische Faktoren für das Zustandekommen der psychopathischen Konstitution von Bedeutung sind, ist noch fraglich. Im ganzen scheinen dabei Ursachen, wie Trauma, Alkoholismus, Morphinismus, psychische und somatische Erkrankungen des Individuums selbst von mehr sekundärer Bedeutung zu sein und nur dann zur Geltung zu kommen, wenn eine mehr weniger latente, psychopathische Konstitution bereits vorlag. Als belastend für die Nachkommenschaft werden bei den Aszendenten angesehen: Geistes- und Nervenkrankheiten, psychopathischer Charakter, Selbstmord, erschöpfende Krankheiten (Tuberkulose, Diabetes, Syphilis), Alkoholis-

Digitized by Google

mus, Kriminalität, Prostitution, Verwandtschaftsehen. Stelzner[1]), die bei ihrem Materiale an jugendlichen Psychopathen die Aszendenz an zwei Generationen verfolgen konnte, fand unter 352 Fällen 260 mal, also in 74 %, erbliche Belastung. Dabei zeigte sich in mehr als 15 % Belastung durch Geisteskrankheit in der Aszendenz. Wie schwerwiegend gehäufte Belastung (wenn Vater und Mutter geisteskrank oder moralisch verkommen sind) für die Nachkommenschaft ist, erhellt nachstehende Tabelle, welche Siefert[2]) für Fürsorgezöglinge entworfen hat.

	Normal	Abnorm	Debil	Imbezill
Einfach belastet (durch Vater oder Mutter)	45 %	27 %	35 %	42 %
Doppelt belastet (durch Vater und Mutter)	20 %	47 %	37 %	29 %

Bei der bekannten Neigung von Psychosen zum Selbstmord ist hier an die bereits erwähnte Erfahrung einer Vererbung dieses Triebes zu erinnern. In Stelzners Material hatten 20 % aller Psychopathen mit Suizidtendenz diese auch in der Ahnenreihe aufzuweisen. Der Alkoholismus hat hier in erster Linie ätiologische Bedeutung, da er bei einem großen Prozentsatz psychopathischer Individuen als belastendes Moment auftritt. Stelzner fand unter 101 Knaben in 25, bei 89 Mädchen in 17 % Alkoholismus in der Aszendenz. Erwähnenswert ist, daß dieser Faktor auch für die Symptomatologie bestimmend werden kann. Stelzner kommt zu der Ansicht, daß die pathologischen Symptome des chronischen Alkoholismus bei den Deszendenten von Säufern zu habituellen Zügen werden. Als solche erwähnt sie motorische Unruhe, Ängstlichkeit, Mangel an Konzentration, gelegentliches Halluzinieren, Exhibitionismus, sexuelle Attentate, Zornanfälle, moralische Depravation. Bemerkenswert ist die Feststellung, daß bei Kindern von Trinkern im 10. bis 12. Lebensjahre ein Nachlassen der Schulleistung erfolgte, dem sich bald undiszipliniertes Betragen anschloß.

---

[1]) Stelzner, H.: Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung. Berlin, 1911. S. Karger.

[2]) Siefert, E.: Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. Halle, 1912.

Digitized by Google

Eine besondere Sorgfalt der Wertung bedarf moralische Depravation und Kriminalität der Eltern, da die gleichen Momente auch als exogene Ursachen zur Geltung kommen können. Ihre Wirksamkeit als ätiologische Faktoren ist an reinen Fällen ermittelt, die Schwierigkeit liegt bloß darin, bei der Analyse des Einzelfalles die Faktoren auseinanderzuhalten. Kriminalität in der Kindheit wird ohne weiteres als Symptom von Psychopathie anzusehen sein, falls das Individuum in moralisch einwandfreier Umgebung erwuchs, während das gleiche Handeln zunächst den Eindruck moralischer Verkommenheit erweckt, wenn derartige Einflüsse auf das heranwachsende Kind von den Eltern ausgingen. Die Diagnose Psychopathie muß dann durch andere Momente gestützt werden.

Bei der symptomatologischen Betrachtung der Psychopathie möchten wir zunächst hervorheben, daß eine solche mit jedem Grade intellektueller Höhe vereinbar ist. Nur empfiehlt es sich, aus praktischen Gründen schwerere Schwachsinnsformen von einem leichteren Schwachsinne, der keinen zureichenden Grund für die Gefühlsanomalie bietet (den sogenannten degenerativen Schwachsinn) abzugrenzen und der Imbezillität (bzw. Debilität) zuzuzählen. Da von einem gewissen Tiefstand der Intelligenz an höhere Gefühle, deren Mangel für Psychopathie charakteristisch ist, überhaupt nicht zur Entwicklung kommen, würde es eine praktisch kaum zu lösende Arbeit vorstellen, eine Abgrenzung jener Fälle von Schwachsinn zu treffen, bei denen der Gefühlsdefekt auch für den Fall bestehen müßte, wenn die Intelligenz normal wäre. Die an sich nicht vollkommen gerechtfertigte Gegenüberstellung eines intellektuellen und eines gemütlichen Schwachsinns (z. B. bei der sogenannten Moral insanity) hat den Tatbestand scharf hervorgehoben, daß moralische Defekte auch ohne intellektuelle Reduktion bestehen können. Die Unterscheidung des degenerativen Schwachsinnes ist eine ätiologisch berechtigte Ansicht, die allerdings eine praktisch manchmal noch kaum zu lösende Aufgabe stellt. Wenn wir also zur Psychopathie nur Fälle zählen, bei denen die Intelligenz nicht stärker pathologisch reduziert ist, so wollen wir damit nicht behaupten, daß sie bei ihr in jeder Beziehung normal gefunden wird. Die Abweichung von der Norm liegt in einer ungleichartigen Anlage der intellektuellen Dispositionen; in extremen Fällen finden wir

Digitized by Google

auf verschiedenen Gebieten hohe Leistungen neben mangelndem Verständnis oder ausgesprochener Unfähigkeit. Dabei ist, und dies erscheint wesentlich, dieser Mangel nicht lediglich sekundär durch differentes Interesse für verschiedene Wissenszweige bedingt, sondern es handelt sich tatsächlich um ungleichmäßige Anlagen differenter Funktionen. Einseitigkeit der Begabung kann geradezu als ein Merkmal der Psychopathie aufgestellt werden. In ihrem Rahmen sind zuweilen, namentlich bei weiterer Fassung des Begriffes, auch intellektuelle Höchstleistungen zu treffen; wie allgemeiner bekannt sein dürfte, gelten z. B. Schopenhauer und Nietzsche (vor seiner Psychose) als Psychopathen.

Die Ungleichmäßigkeit der Anlage ist auch ein wesentliches Merkmal der Anomalien des Gefühlslebens von Psychopathen. Der am häufigsten beobachtete Modus ist eine Verminderung sozialer Instinkte und Gefühle; in extremen Fällen kann geradezu von einem völligen Mangel derselben gesprochen werden. Der Defekt tritt insbesondere deutlich durch die im umgekehrten Verhältnis verstärkten egoistischen Tendenzen hervor.

Diagnostisch von großer Bedeutung sind qualitative Abweichungen gemütlicher Funktionen wie perverse Lust- und Unlustbetonung, die insbesondere auf sexuellem Gebiete kraß hervortritt und vielfach Anlaß zu forensischer Behandlung des Themas gibt (Sadismus, Masochismus, Päderastie, Exhibitionismus usw.). Als weitere qualitative Abweichungen, die den Wert von Stigmen der Psychopathie beanspruchen dürfen, sind Zwangszustände aller Art zu erwähnen: Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen, Phobien, die bereits früher ausführlicher behandelt wurden (Seite 26). In diesem Zusammenhang ist auch das Auftreten von abnormen Trieben zu nennen, namentlich die Poriomanie, der Drang, davonzulaufen. Auch ein Teil der Dipsomanie des Quartalsäufertums gehört hierher. Erscheinungen dieser Art sind natürlich sehr komplexer Natur und in verschiedenen Fällen auf verschiedene Ursachen zurückzuführen; bis in die Kindheit fortgesetzte Beobachtung läßt den primären Charakter der Störung, wie z. B. der Poriomanie, häufig deutlich erkennen.

Während die erwähnten abnormen Erscheinungen unmittelbar vor die Diagnose Psychopathie führen, weil sie fast ausschließlich

Digitized by Google

auf degenerativem Boden auftreten, so bilden andere qualitative Anomalien der Psychopathen differentialdiagnostisch erhebliche Schwierigkeiten, nämlich psychotische Symptome, wie Halluzinationen, Wahnideen, Stupor, pathologische Affekte, Angst usw. Die Erfahrung zeigt, daß derartige Erscheinungen bei Psychopathen interkurrent und soweit sie pathologische Höhe erreichen, meist als Reaktion auf Eindrücke und Situationen, Schreck, gemütliche Erschütterung, Haft usw. auftreten (pathologische Reaktion). In anderen Fällen finden wir hierher gehörige Symptome in weniger starker Intensität dauernd vorhanden oder mindestens längere Perioden beherrschend, wie euphorische oder depressive Stimmung, Ängstlichkeit, Mißtrauen.

Wir sind damit auf zwei wesentliche Merkmale der Psychopathie gestoßen, nämlich qualitative Anomalien, zumal abnorme Reaktionsweisen und quantitative Anomalien des Gefühlslebens. Letztere stellen sich teils als eine mehr allgemeine Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit, eine Torpidität des Gefühlslebens dar. Es sind dies jene Fälle von Psychopathie, die zum Schwachsinn hinüberführen. Weit häufiger und für den Zustand mehr charakteristisch sind Fälle, bei denen für verschiedene Gefühlsarten verschiedene Schwellenwerte bestehen. Es ist klar, daß die früher erwähnten Zustände isolierter Gefühlsanästhesie (Mangel sozialer Gefühle) einen Grenzfall der in Rede stehenden Anomalien vorstellen und die Entscheidung, ob ein höherer Grad gemütlicher Abstumpfung oder ein Gefühlsdefekt vorliegt, unmöglich werden kann. In den geläufigen Fällen der Psychopathie, die intellektuell und gemütlich einem niederen Typus angehören, nimmt die gemütliche Stumpfheit in dem Maße zu, als man von der Gefühlsbetonung der eigenen Person und ihrer nächsten Interessen, der eigenen Familie usw. zu entfernteren und allgemeinen Werten fortschreitet. Verwickelter gestaltet sich die Anomalie bei höheren Typen, da hier der Ausfall durch rein verstandesmäßiges Handeln kompensiert zu werden pflegt. Namentlich stellt das egoistische System ein viel feineres Gewebe vor. Bei einiger Kenntnis der Persönlichkeit wird aber immerhin der Gegensatz hochentwickelter Interessenkreise und mangelnden Verständnisses für an sich gleichwertige Gebiete nachweisbar. Auch gehört es zur alltäglichen Erfahrung, daß Psychopathen, die unbedenklich lügen und schwindeln, künstlerische Anlagen besitzen.

Digitized by Google

In anderer Richtung stellt sich die quantitative Anomalie als abnormer Einfluß eines spontan auftretenden oder von außen angeregten Gefühles auf das übrige Bewußtseinsleben des Individuums dar. Es handelt sich hier um eine Störung des Verhältnisses zwischen der Intensität von Gefühlszuständen und ihrer Nachhaltigkeit. Diese Beziehungen sind z. T. in der Weise gelockert, daß Gefühle von größerer Dimension unverhältnißmäßig schnell abklingen, es handelt sich also um eine Verkürzung der normalen Gefühlsdauer. Auf diese Weise wird dem Entstehen gegensätzlicher Gefühle Raum gegeben und es kann eine Sprunghaftigkeit des Gefühlslebens zustande kommen, die weiter eine mangelnde Konstanz des Handelns, raschen Wechsel der Interessen, Inkonsequenz und Unberechenbarkeit bedingt.

Die Abweichung nach der entgegengesetzten Seite besteht in einer abnormen Dauer des Nachklingens von Gefühlstönen und Stimmungen, in mehr oder weniger starker Abhängigkeit vom Anlaß und von der Intensität der Gefühlserregung. In dem Maße, als die auslösenden Ursachen an Bedeutung zurücktreten, gewinnen derartige Verstimmungen, namentlich soweit Euphorie und Depression in Frage kommen, Beziehungen zu den endogenen affektiven Psychosen und ihren leichteren Verlaufsformen, der Dysthymie, Hypomanie und Zyklothymie. Die Tatsache einer abnormen Persistenz von Gefühlszuständen erklärt die Zähigkeit, welche Psychopathen in der Verfolgung eines bestimmten Zieles aufzubringen imstande sind. Im besonderen Falle kann aus einseitiger gemütlicher Veranlagung und der dadurch bedingten Unzugänglichkeit für andere Interessen rücksichtsloses und brutales Vorgehen auf der durch die Anlage bestimmten Bahn resultieren.

Aus mannigfachen, nicht zuletzt diagnostischen Gründen ist die Kenntnis der Reaktionsweise von psychopathischen Individuen von Bedeutung. Nach dem Gesagten ist mit einer differenten Stärke affektiver Entladungen zu rechnen. Diagnostisch wichtiger ist aber die bei Psychopathen zu beobachtende inadäquate Reaktionsweise mit psychotischen Symptomen, die wir als qualitative Anomalien oben erwähnt haben, nämlich Erregungszustände, motorische Hemmung bis zum Stupor, Halluzinationen, Bildung von mehr oder weniger systematisierten Wahnvorstellungen. Derartige Reaktionen machen im wesentlichen das

Digitized by Google

aus, was unter Gefängnispsychose verstanden wird. Bei ihrer Bewertung kann es zunächst dahingestellt bleiben, ob das Individuum als hysterischer Psychopath zu gelten hat oder nicht. Wichtiger ist die Unterscheidung von den Psychosen, welche durch Symptome gleicher Art wesentlich charakterisiert sind. Die Ätiologie allein kann hierfür nicht maßgebend sein, weil das gleiche Moment, nämlich die Inhaftierung, auslösend auf eine im Entstehen begriffene Psychose wirken kann, wie auch häufig eine vermeintliche Gefängnispsychose sich als eine Dementia praecox herausstellt. Das Zustandsbild an sich kann namentlich bei hysterischer Anlage des Individuums zu sicherer Erkennung führen, sofern sich etwa ein durchsichtiges System enthüllt.

Doch hat hier auch der Erfahrene mit Täuschungen zu rechnen. Bei der differentialdiagnostischen Beurteilung ist von der Kenntnis der Persönlichkeit, ihrer degenerativen Veranlagung und ihrer Reaktionsweise auf andere gleichwertige Urachen auszugehen. Die Entscheidung ist am sichersten durch Entfernung aus der kritischen Umgebung und Verlegung nach einer psychiatrischen Beobachtungsstation zu erbringen.

Unter den kriminellen Psychopathen spielen insbesondere die pathologischen Lügner und Schwindler eine große Rolle. Es handelt sich hier um Individuen, denen nicht nur die Einsicht in das Unmoralische dieses Handelns, sondern auch das Bewußtsein für Abweichungen von Wahrheit und Recht fehlt. Die Triebfedern für das spezielle Verhalten sind mannigfach; hauptsächlich kommt die allen Psychopathen eigene egozentrische Einstellung und der Mangel altruistischer Regungen in Frage. Dies erklärt aber auch schon weiter die Empfindlichkeit und Schärfe, mit denen sie vermeintliches Unrecht, das ihnen zugefügt wurde, ahnden. Das gegensätzliche Verhalten in beiden Fällen schließt ohne weiteres die Möglichkeit aus, daß Anomalien intellektueller Funktionen zur Erklärung herangezogen werden. Die pathologische Lüge erklärt sich aus der mangelnden Schärfe der Auffassung von Instanzen, die den eigenen Wünschen entgegenstehen. Deren weiterer Einfluß stellt sich als Ausschaltung von Vorstellungen unter Einfluß beherrschender Gefühle dar. Vielfach spielt auch eine phantastische Veranlagung mit und eine z. T. angelegte, häufiger aber durch mangelnde Selbsterziehung gestiftete Fähigkeit, durch Wünsche unterstützte

Digitized by Google

Vorstellungen von der Wirklichkeit nicht zu unterscheiden. Die pathologische Lüge ins Handeln übersetzt, ergibt den pathologischen Schwindel. Nach allen Voraussetzungen ist es leicht erklärlich, daß es derartigen Individuen nicht schwer fällt, die gekränkte Unschuld darzustellen und überzeugte Beschützer und Förderer zu gewinnen, aus denen sich wieder die Schar der Opfer rekrutiert.

Willensschwäche gehört zu den geläufigen Zügen der Psychopathie, auch sie gestaltet sich einseitig, nämlich für bestimmte Ziele und Richtungen, welche den individuellen Tendenzen, die vorwiegend durch egoistische Motive dargestellt sind, zuwiderlaufen, während andere Richtungen, insbesondere vermeintliches Recht oder Vorteil, mit Zähigkeit und Nachdruck verfolgt werden können. Auch hier muß der Ursprung in Gefühlsanomalien und den sich daraus ergebenden Kräften und Gegenkräften gesucht werden. In diesem Zusammenhange ist die häufige Komplikation mit Alkoholismus zu erwähnen, der ja seinerseits zum gleichen Effekte führt. Es ist darum im konkreten Falle auch schwer auseinanderzuhalten, was auf Alkohol und was auf Psychopathie beruht, ob der Alkoholismus erst Willensschwäche erzeugt oder selbst Folge einer solchen war. Ähnlich liegt der Fall auch beim Morphinismus, zu dessen Wesen außer Willensschwäche auch noch Lügenhaftigkeit und Schwindel gehören. Die Willensschwäche hat dabei meist in der Psychopathie ihren Grund und erklärt so den Verfall in Morphinismus, während die charakterschädigenden Wirkungen des Morphinismus nur dann besondere Dimensionen annehmen, wenn sie sich mit entsprechenden Tendenzen, die der Psychopathie ja nicht unbedingt eigen sind, begegnen. In einzelnen Fällen bleibt darum die ganze Anomalie auf den Morphinismus und seine Konsequenzen beschränkt und nur, wenn sich dieser noch mit Charakterentartung vereinigt, treten darüber hinausgehende Tendenzen zur Entstellung der Wahrheit, Neigung zu unmoralischem Handeln, verbunden mit mangelnder Kritik für das eigene Verhalten hervor.

Das Gesagte dürfte hinreichen, um bei Untersuchung und Analyse psychopathischer Konstitution ihre wichtigsten Züge klinisch und psychologisch zu erfassen. Wenn wir nun noch in Kürze einige jener Typen skizzieren, die von den Psychiatern durch besondere Bezeichnungen hervorgehoben werden, so wollen

Digitized by Google

wir damit nicht den Eindruck erwecken, daß eine scharfe Abgrenzung möglich ist. Tatsächlich ist bei ausgedehnterer Beobachtung das Bild der Psychopathie immer sehr mannigfaltig. Nicht alle Züge, die überhaupt nachweisbar sind, spielen im individuellen Dasein eine gleichwertige Rolle. Die Zuweisung zu einem besonderen Typus erscheint nur dann berechtigt, wenn man beim Überblick einer längeren Lebensperiode ein dominierendes Merkmal nachweisen kann. Reicht dazu die Beobachtung nicht aus, oder tritt kein Zug in der genannten Weise hervor, dann ist es mehr zu empfehlen, bei der allgemeinen Diagnose psychopathische Konstitution zu bleiben, als eine der speziellen Gruppen, etwa die der Haltlosen unnütz zu belasten.

Praktische und klinische Gesichtspunkte lassen die Aufstellung nachfolgender Typen gerechtfertigt erscheinen: die manisch-depressive Konstitution mit ihren Unterabteilungen:

a) Konstitutionelle Verstimmung,

b) Konstitutionelle Erregung,

c) Zyklothymie.

Die konstitutionelle Verstimmung wird durch Persönlichkeiten repräsentiert, deren Grundstimmung eine depressive ist. Derartige Individuen gelangen nie zu einer rechten Lebensfreude, gehen Anlässen zu freudiger Erregung aus dem Wege und bleiben gegebenenfalls davon unberührt. Sie zeigen dagegen große Empfänglichkeit für Sorgen und Befürchtungen, leiden unverhältnismäßig unter den kleinen Unannehmlichkeiten des Alltags, können älteren Erlebnissen nur die Schattenseiten abgewinnen; sie entwickeln im Handeln keinerlei Energie, treten an ihre Aufgaben mit Zagen und mangelhaftem Selbstvertrauen heran, unterschätzen ihre eigenen Kräfte und lassen sich von den erwähnten Schwierigkeiten allzu schnell abschrecken, wobei sie den Grund des Mißlingens immer nur in der eigenen Unzulänglichkeit suchen. Derartige Persönlichkeiten nützen sich in unfruchtbarer Selbstqual und vergeblichen Ansätzen zu Leistungen, die unter diesen Voraussetzungen nicht gelingen können, unnötig ab, versäumen darüber das Naheliegende und Einfache und kommen so weder in der Schule noch im Beruf recht vorwärts.

Im vollen Gegensatz dazu steht die konstitutionelle Erregung, die alles im Sturme zu nehmen sucht, nur die Licht-

Digitized by Google

seiten des Lebens kennt, die eigene Leistung überschätzt, rücksichtslos in dem Erstreben des vielfach zu hoch gesteckten Zieles vorgeht, mit der Umgebung vielfach kollidiert, dabei aber nie zur Einsicht der eigenen Schuld gelangt, vielmehr stets nur andere Menschen und Verhältnisse anklagt. Auch hier werden vielfach nur Kräfte zersplittert, mehr Aufgaben übernommen als geleistet werden können; oft erlahmt auch das Interesse bereits im Anfange der Aufgabe und es wird rasch und unvermittelt in Ziel, Stellung und Beruf gewechselt.

Wie sich das Schicksal derartiger Individuen gestaltet, hängt von ihren übrigen Anlagen, z. T. auch vom Milieu und äußeren Umständen ab, namentlich aber vom Grade der pathologischen Momente. Bei günstiger Konstellation der erwähnten Faktoren können auf diesem Boden hochwertige Produkte erwachsen; aber auch die sogenannten verkommenen Genies, fahrende Künstler, endlich auch ein Teil gefürchteter Querulanten entstammen derselben Quelle.

Die Zyklothymie äußert sich in Phasen gehobenen Selbstgefühles, der Arbeitsfreudigkeit und nicht leicht zu trübender Glückesstimmung, die mit anderen Phasen abwechseln, in denen depressive Töne, Insuffizienzgefühl und objektive Unfähigkeit zu jeder Arbeitsleistung vorherrschen.

Ein häufig zu beobachtender Typus zyklothymer Verstimmung mit vorwiegenden somatischen Beschwerden sei seiner praktischen Bedeutung wegen kurz skizziert: die Kranken bringen zur Zeit der depressiven Stimmung einzelne umschriebene oder zahlreiche allgemeine körperliche Beschwerden vor und ziehen damit von Arzt zu Arzt, von Sanatorium zu Sanatorium. Herz-, Magen-, Darm-, Urinbeschwerden sind dabei besonders häufig, ohne daß eine spezialistische Untersuchung zu sicheren Befunden führen würde.

Mit Eintritt einer hypomanischen Phase fallen die Klagen plötzlich weg und kehren bei neuerlicher depressiver Verstimmung in fast identischer Weise wieder. Derartige Zustände sind von simulierten und auch rein psychogenen (pithiatischen, vgl. Seite 155) Beschwerden zu unterscheiden. Für die Therapie kann es unter Umständen wichtig sein, daß Viszeralneurosen auf vagotonischer Basis derartige klinische Bilder verursachen können.

Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein sind für alle diese Formen nicht nur durch Symptomatologie und Verlauf nahegelegt, sondern auch durch sorgfältige Beobachtungen,

Digitized by Google

namentlich von Reiß[1]) festgestellt, nach denen aus einem solchen konstitutionellen Boden die Psychose herauswächst. Weiter haben die Beobachtungen von Reiß Beziehungen der konstitutionellen Verstimmung zur Psychasthenie und Zwangsneurose ergeben, auf die wir hier nach unseren Auseinandersetzungen an anderen Stellen des Buches nicht näher einzugehen brauchen. Die Häufigkeit der Fälle, in denen Zwangszustände eine dominierende Bedeutung haben, führte zur Aufstellung dieser besonderen Neurosenform.

Bezüglich der Benennung des einzelnen Falles muß empfohlen werden, diese erst nach einer genauen Analyse zu treffen. In der Mehrzahl der Fälle ist auch tatsächlich die mehr sekundäre Depression der Psychasthenie von der primären und tiefergreifenden (Suizidneigung usw.) der konstitutionellen Verstimmung zu unterscheiden, ebenso der dominierende Charakter der Zwangsneurose aus der Gruppe der psychopathischen Konstitution von den nur quälend empfundenen und verstimmenden Zwangsvorstellungen der Neurastheniker.

Das sehr markante Merkmal sexueller Perversität leistet der Unterscheidung einer besonderen Gruppe Vorschub; tatsächlich ist aber gerade dieser Typ selten rein, vielmehr ergibt die nähere Analyse hier meist eine Reihe weiterer Merkmale, denen mit Rücksicht auf die meist forensische Bedeutung derartiger Fälle genau nachzugehen ist, vor allem hat man aber die Frage zu erörtern, ob der Perversität nicht rein symptomatische Bedeutung bei einer Psychose oder einem zur Demenz führenden organischen Prozeß zukommt und schließlich, ob nicht geistige Gesundheit besteht.

Eine Gruppe von noch zweifelhafter Berechtigung ist die der Triebhaften. Jedenfalls darf einen dieser Begriff nicht von einer Analyse der Motive im einzelnen Falle abhalten. Gerade hier ist an Beziehungen zu Epilepsie und Demenzformen zu denken. Anscheinend gibt es aber auch unter den Psychopathen einen Typus, der durch frühzeitiges Hervortreten motivloser Handlungen, wie Davonlaufen, Umherstreifen, charakterisiert ist, so daß bei derartigen Individuen auch, wenn Zielhandlungen, wie Stehlen,

[1]) Reiß, E., Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Berlin 1910.

Digitized by Google

Brandlegen usw., vorliegen, an eine pathologische Reduktion von hemmenden Vorstellungen und Gefühlsprozessen zu denken ist. Beziehungen von Triebhandlungen zur sexuellen Sphäre sind namentlich beim Warenhausdiebstahl und bei Brandlegung wahrscheinlich gemacht. Eine Verallgemeinerung dieser Erfahrungen darf aber nur mit größter Vorsicht und nicht ohne sichere Anhaltspunkte erfolgen.

Eine kaum zu lösende Aufgabe stellt in der Mehrzahl der Fälle die Unterscheidung der Formen: Haltlose, Lügner und Schwindler, moralisch Entartete (gleich moralisch Minderwertige, geborene Verbrecher, Moral insanity) vor.

Typische Fälle lassen sich bei der Menge des Materials, das einem die forensische Praxis auf diesem Gebiete liefert, für jede dieser drei Gruppen beibringen. Als haltlos erscheinen Individuen, die eine relativ vielseitige Anlage, oft auch mancherlei Talent, ein leicht erregbares Gemütsleben ohne Tiefe und Nachhaltigkeit besitzen und willensschwach sind. Pathologische Lügner sind in geradezu klassischen Formen vertreten durch Fälle, die ohne Sinn und Zweck oder ohne einen ersichtlichen und vernünftigen Vorteil zu erstreben, lügen und schwindeln und schließlich auch, wo sie os anscheinend beabsichtigen, den Weg zur Wahrheit und zum Recht nicht mehr finden.

Der moralisch Minderwertige fällt schon in früher Jugend durch den Gegensatz zwischen intellektueller und gemütlicher Anlage auf: egoistisches Wesen, Einstellung auf den eigenen Vorteil, Mangel an Einfühlung, Fehlen mitleidiger Regungen, Grausamkeit, Erfolglosigkeit von Strafe, instinktiver Zug zu schlechter Gesellschaft, Vagabondage, Prostitution. Dabei ergibt die psychologische Analyse in der Mehrzahl der hierhergehörigen Fälle für die Anlage mehr quantitative Verschiedenheiten von Eigenschaften, so daß man den Eindruck gewinnt, daß die Entwicklung dieses oder jenes Typus, ob also ein Individuum zum habituellen Verbrecher wird oder in weniger schädlichen antisozialen Handlungen seinen Mitmenschen zur Last fällt, oder lediglich seiner Familie Kummer und Schaden bereitet, auch weitgehend von äußeren Einflüssen bestimmt wird.

Mit Rücksicht auf die Tragweite, die gerade hier ein Irrtum haben kann, sei noch auf eine Gruppe psychopathischer Persönlichkeiten hingewiesen, die als paranoide Konstitution, konsti-

Digitized by Google

tutionell verschrobene oder paranoische bzw. querulatorische Persönlichkeiten bezeichnet werden. Ein gemeinsamer Zug aller hierhergehörigen Individuen ist: übertriebene Ichbetonung, Überschätzung der eigenen Leistung, zum Teil abhängig davon, eine für Psychopathen ungewöhnliche Willenstärke. Eine unmittelbare Folge dieser Anlage ist Mißtrauen, mit dem alle, die eigene Person berührenden und nicht unbedingt förderlich erscheinenden Äußerungen anderer Individuen aufgenommen werden. Auf diese Weise kommt es zur Bildung von Beeinträchtigungsvorstellungen, die bei ungenügender Kenntnis der Persönlichkeit einer-, der Sachlage andererseits als Wahnideen gedeutet werden können. Liegt auch noch eine besondere Anlage zur Streitsucht vor, dann bedarf es nur eines Anlasses, damit mindestens zeitweilig ein dem Querulantenwahn ähnliches Zustandsbild hervortritt. Unter der gleichen Voraussetzung kann sich auch die sogenannte Verschrobenheit entwickeln, wenn die individuelle Anlage zu Produktionen führt, die vom Allgemeingültigen abweichen, was bei der einseitigen Begabung von Psychopathen sich oft genug ergibt. In gleicher Richtung wirkt aber auch die primäre Selbstüberschätzung der eigenen Leistungen und eine häufig vorhandene Tendenz, vom Mittelmaß und den allgemeinen Gewohnheiten abzuweichen. Jedenfalls werden aber die in der Regel nicht weniger mittelmäßigen Schöpfungen als unbedingt wertvoll angesehen und jede Kritik von vornherein mit Mißtrauen aufgenommen. Andere mehr allgemeinere Eigenschaften psychopathischer Konstitution, die vorwiegend der Gruppe der Lügner und Schwindler eigen sind, machen es zuweilen unmöglich, der Psychologie konstitutionell Verschrobener vollkommen gerecht zu werden.

Bei weiterer Fassung das Begriffes Psychopathie wären hier als andere Typen die Hysterie und einzelne Formen der Neurasthenie (konstitutionelle oder endogene Neurasthenie) anzuführen. Aus praktischen Gründen werden beide in besonderen Abschnitten besprochen.

Zur Differentialdiagnose der psychopathischen Konstitution: da die ganze Behandlung dieses Kapitels bereits unter differentialdiagnostischen Gesichtspunkten vorgenommen wurde, können wir uns hier auf mehr allgemeine Bemerkungen beschränken. Aus der Gegenüberstellung von Psychopathie und

Digitized by Google

Psychose ergibt sich der wichtige Satz, daß nicht jede abnorme seelische Erscheinung als Merkmal einer Geistesstörung im engeren Sinne aufzufassen ist und aus dem Vergleiche mit der normalen Persönlichkeit unter Berücksichtigung der verwickelten Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens und seiner differenten Einflüsse auf die seelische Entwicklung: daß auch nicht jeder von der Norm abweichende Zug als Ausdruck einer anormalen oder psychopathischen Veranlagung gelten darf. Die Entscheidung dieser beiden Fragen, nämlich, ob eine bestimmte psychische Erscheinung als psychotisch oder als psychopathisch anzusehen ist, kann nur aus einer sehr sorgfältigen Untersuchung der einzelnen Persönlichkeit und ihrer seelischen Entwicklung gefällt werden. Man kann nicht genug davor warnen, in dieser Frage oberflächliche Urteile abzugeben, da bei der großen forensischen Bedeutung, die derartigen Fällen vielfach zukommt, auf diese Weise nicht nur die Psychiatrie im besonderen, sondern auch die ganze ärztliche Wissenschaft durch einen Arzt bloßgestellt werden kann. Sicher ist, daß eine 4—6 wöchentliche Beobachtung in den meisten Fällen ausreicht, Symptome von Geistesstörung festzustellen oder auszuschließen; aber ebenso sicher ist, daß diese Zeit nicht dazu genügt, um ein sicheres Urteil über psychopathische Individuen zu gewinnen, wenn kein umfangreicheres objektives Tatsachenmaterial anamnestisch zur Verfügung steht. Die relativ einfachen Verhältnisse, unter denen solche Individuen die Beobachtungszeit in der Anstalt verbringen, sind absolut unzureichend, einen Maßstab für ihr Verhalten in der Außenwelt zu geben. Unbedingt erforderlich ist es, eine sichere Anamnese über die Entwicklung der Persönlichkeit gegen Ende der Pubertät als Voraussetzung des psychiatrischen Urteiles aufzustellen und bei Mangel dieser Voraussetzung (Polizei- und Gerichtsakten, insbesondere Strafregisterauszug, Schulzeugnisse, Zwangserziehungsakten usw.) entsprechende Zurückhaltung zu wahren.

Der Gang der differentialdiagnostischen Überlegung wird sich im allgemeinen folgendermaßen gestalten: zunächst ist zu entscheiden, ob die festgestellten psychischen Anomalien oder die auffällige Verhaltungsweise des Individuums, etwa die kriminelle Handlung als Folge einer Geistesstörung anzusehen sind. Für die meisten Geisteskrankheiten wird diese Entscheidung mit

Digitized by Google

Sicherheit gewonnen werden können. Schwieriger fällt es, festzustellen, ob die auffällige Verhaltungsweise etwa fortgesetztes, durch Strafen nicht beeinflußbares antisoziales Handeln als Folge einer psychopathischen Konstitution oder einer schizophrenen Störung aufzufassen ist. Auch die Schizophrenie führt zu gemütlichen Defekten, Verschiebung des Verhältnisses zwischen den einzelnen psychischen Funktionen, also Erscheinungen, die gewöhnlich als charakteristisch für die psychopathische Konstitution angesehen werden. Die Unterscheidung, ob es sich um eine psychopathische Konstitution oder um eine Form der Schizophrenie mit schleichendem Beginne handelt, kann im einzelnen Falle auch vom Erfahrenen zuweilen nicht aus dem Zustandsbilde getroffen werden, um so weniger als auch Kombinationen von Psychopathie mit Dementia praecox vorkommen. Weiter führt gewöhnlich die Anamnese; ein Irrtum in der Auffassung derartiger Fälle ist allerdings nicht von großer Tragweite, weil die Schizophrenie verschiedene Verlaufsformen zeigt und auch bei dieser Diagnose noch nicht in jedem Falle die Voraussetzungen des § 51 gegeben sind, der ja nur bei einem bestimmten Grade der geistigen Störung in Kraft tritt (vgl. S. 94).

Eine wichtige Aufgabe ist es, in jedem Falle das Verhalten des Intellektes genau zu untersuchen. Mit dem Nachweise von schweren Intelligenzdefekten ist die forensische Seite der Frage erledigt. Eine vollständige, auch wissenschaftliche Klärung fordert aber, zu entscheiden, ob das gemütliche Verhalten und die Handlungsweise durch den intellektuellen Defekt eindeutig bestimmt sind, also gewissermaßen eine reine Imbezillität vorliegt, oder ob wir es mit aus gleichen Ursachen sich ergebenden Schädigungen der Anlage verschiedener Funktionen zu tun haben, also ein degenerativer Schwachsinn besteht. Eine befriedigende Lösung dieser Aufgabe kann nur durch Verfolgung der Persönlichkeit in die frühe Jugend und Feststellung der Heredität und der Milieueinflüsse erfolgen.

In gleicher Weise ist auch die Frage zu behandeln, ob die besondere Gestaltung der Persönlichkeit, etwa kriminelle Neigungen, eine Folge abnormer Anlage oder ungünstiger äußerer Einflüsse ist; ob es sich also um angeborenes Verbrechertum oder moralische Verkommenheit handelt. Der Rekurs auf die Kindheit ist natürlich nur in Fällen notwendig, in denen

Digitized by Google

die moralischen Defekte relativ isoliert sind. Sonst können ja durch äußere Einflüsse nicht zu erklärende Züge der Persönlichkeit ohne weiteres Zeugnis für ihre psychopathische Konstitution ablegen. Sind nun die moralischen Defekte bis in die Kindheit zu verfolgen, dann ist die Entscheidung nur für den Fall leicht, wenn moralisch einwandfreies Verhalten der Eltern feststeht. Im andren Falle muß damit gerechnet werden, daß die von den Eltern vererbte Disposition zu insozialem Handeln von ihnen nicht bekämpft oder gar gefördert wurde.

4. Neurasthenie.

Eine Besprechung der Neurasthenie erscheint in diesem Werke wegen ihrer Beziehungen zu Psychosen geboten. Solche sind dadurch gegeben, daß viele Geistesstörungen im Beginn ähnliche Symptome zeigen, wie die Neurasthenie, so daß man auch von einem neurasthenischen Vorstadium der meisten Psychosen sprechen kann. Ferner zeigt die Neurasthenie in ihren schwereren Formen Symptome, die große Ähnlichkeit mit psychischen Störungen haben. Ein Irrtum kann wegen der relativ guten Prognose verhängnisvoll werden; so kann die unbegründete Diagnose Neurasthenie durch Versäumnis erforderlicher Maßnahmen an einem Suizid schuld tragen oder zu unangebrachter Bestrafung eines Geisteskranken führen. Der gegenteilige Irrtum kann zu voreiliger und unbegründeter Internierung eines psychisch gesunden Individuums führen, woraus dem Arzte nicht nur rechtliche Folgen erwachsen können, sondern auch für den Kranken eine Verschlimmerung des Zustandes zu befürchten ist.

Da die Symptome der Neurasthenie hinreichend bekannt sind und zu den Merkmalen derselben ein Verschweigen der Beschwerden sicher nicht gehört, ist ein Übersehen dieses Leidens gar nicht zu befürchten. Weitaus öfter ist ungerechtfertigte Annahme desselben bei Gesunden zu finden. Dazu führt in erster Linie eine falsche Einschätzung gewisser allgemeiner Merkmale unseres als nervös und reizsam bekannten Zeitalters. Aus dem gleichen Grunde ist aber auch die Tragweite einer derartigen Fehldiagnose entsprechend gering. Hier, aber auch nur hier allein liegt der Wert der objektiven Symptome der Neur-

Digitized by Google

asthenie, wie Reflexsteigerung, Tremor der Lippen, Finger, Augenlider, Romberg, Pulslabilität, während diesen Symptomen keinerlei Bedeutung zukommt für die Abgrenzung der Neurasthenie von psychischen Störungen und organischen Krankheiten des Nervensystems, wenn man etwa von der Tabes absieht. Noch geringer ist die Bedeutung der subjektiven Symptome, da ja dabei außerdem noch mit Simulation zu rechnen ist.

Nach alledem ist eine gesicherte Diagnose Neurasthenie nur per exclusionem denkbar, sie wird daher auch in verschiedenen Kapiteln erörtert, so daß wir uns hier auf einige spezielle Hinweise beschränken können. Zunächst ist damit zu rechnen, daß im Rahmen der Neurasthenie auch schwerere, allgemein weniger gut bekannte Zustandsbilder auftreten, die von den leichteren Fällen als Psychasthenie abgegrenzt werden. Die Ätiologie gestaltet sich hier meist komplizierter; teils handelt es sich um eine Kombination exogener und endogener Momente, von denen letztere auf Beziehungen zur Psychopathie hinweisen, teils sind einzelne Krankheitsursachen von besonderem Gewicht nachweisbar. Vielfach findet man auch, daß exogene Krankheitsmomente, wie Trauma, Infektion, Intoxikation namentlich durch chronischen Mißbrauch von Alkohol, Nikotin, Morphium usw. die Disposition des Individuums geändert haben, worauf natürlich bei der Prognose Rücksicht zu nehmen ist. Die Symptomatologie dieser schwereren Zustände ist vielgestaltig wie die der leichteren Neurasthenie. Eine Gruppe dieser Fälle ist namentlich durch starkes Hervortreten asthenischer Krankheitszeichen charakterisiert und scheint den Übergang zu der stärksten Reaktion auf exogene Krankheitsursachen, nämlich zur Amentia zu vermitteln. Wir finden hier Unfähigkeit, Eindrücke aufzufassen und zu verarbeiten, starke Erschwerung des Behaltens (Mnemasthenie), Illusionen, psychische und motorische Hemmung bis zum leichten Stupor. Die Unterscheidung von den leichten Formen der Neurasthenie ergibt sich durch das mehr passive Verhalten des Kranken, die Abstumpfung gegenüber seinem Leiden. Schwieriger gestaltet sich die Unterscheidung von der Amentia. Doch geht man nicht fehl, wenn man derartige Zustandsbilder der Psychasthenie als Vorstadium oder mildere Verlaufsform der Amentia anspricht. Das Benigne der Krankheit kann meist an den einzelnen Symptomen wie z. B. an der mehr scheinbaren Gedächtnisschwäche nach-

Digitized by Google

gewiesen werden und eröffnet sich bald durch Verfolgen des Verlaufes.

Eine weitere praktisch wichtige Gruppe hierhergehöriger Fälle ist durch affektive Anomalien charakterisiert: Depression und ängstliche Erregung. Derartige Krankheitsformen sind häufig im Klimakterium zu beobachten, wodurch ebensowohl wie durch die Symptomatologie Beziehungen zur Melancholie nahegelegt werden. Tatsächlich steht auch nichts im Wege, im besonderen Falle diese zu betonen und von einer Dysthymie zu sprechen. Worauf es aber ankommt, ist, eine sichere Unterscheidung von einer Geistesstörung überhaupt zu treffen und dies ist durch Erhaltenbleiben der Kritik für die Entstehung des Zustandes, Mangel von Selbstvorwürfen und von depressiven Wahnideen gegeben. Frühes Auftreten in der Jugend, periodische Verstimmungen, hereditäre Belastung, Mangel exogener Krankheitsursachen, abnorme Charakterzüge werden das Zustandsbild in die Gruppe der Psychopathien verweisen. Erhaltenbleiben der Besonnenheit und der Kritik unterscheidet auch die z. T. auf gleichem Boden (Klimakterium) auftretenden Zustände ängstlicher Erregung von psychischen Störungen der Angstpsychose und läßt das Krankheitsbild als ein gutartiges (Angstneurose) vorwiegend der psychischen Therapie empfohlen sein. Ein stärkeres Hervortreten von Zwangssymptonen, die an sich im Rahmen der Neurasthenie durchaus geläufig sind, führt wieder vor die Unterscheidung von der Psychopathie, die nach der Art der Heredität, vorwiegend aber nach dem Charakter der Persönlichkeit zu treffen ist. Neurasthenische Symptome zur Zeit der Pubertät müssen stets den Verdacht auf Dementia praecox erwecken. Die Entscheidung ist am sichersten durch Untersuchung und längere Beobachtung auf schizophrene Symptome zu erbringen. Der negative Befund bei einmaliger Untersuchung kann aber das Vorliegen einer beginnenden Dementia praecox keineswegs ausschließen. Eine bestimmte Ablehnung der Diagnose Paralyse bei Neurasthenien, die um das 40. Lebensjahr auftreten, ist nur von den vier Reaktionen zu erwarten, wenn die Frage rasch entschieden werden soll. Neurasthenien, die erst nach dem 50. Lebensjahre beginnen, stellen vielfach den Ausdruck eines arteriosklerotischen Prozesses dar und haben eine entsprechend trübe Prognose.

Digitized by Google

5. Hysterie.

Zur Orientierung in der Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder, denen man auf dem Boden der Hysterie begegnet, ist der Leitsatz zu beachten, daß das Wesen der Hysterie in einer nach Qualität und Quantität abnormen Wirkungsweise gefühlsbetonter Vorstellungen (Komplexe) auf somatische und psychische Funktionen besteht. Ferner ist zu berücksichtigen, daß diese Mechanismen nicht in jedem Falle und bei jedem Symptome klar liegen, weil die treibenden Kräfte, nämlich die Komplexe, und dies ist wieder für Hysterie charakteristisch, ihre Wirksamkeit sehr häufig auch ohne Wissen des Kranken entfalten, also unbewußt bleiben, ferner, daß die affektive Betonung der maßgebenden Vorstellungen vielfach im Laufe der Zeit zurücktritt und daß diese daher für die spätere Untersuchung indifferent erscheinen, ohne jedoch an Wirksamkeit eingebüßt zu haben.

Im allgemeinen Teile wurde bereits die Art der Komplexwirkung erwähnt und zu den neuen Anschauungen über das Wesen der Hysterie Stellung genommen, endlich auch die zu ihrer Aufdeckung verwendeten Mittel besprochen, so daß wir uns hier auf eine mehr symptomatologische Erörterung beschränken können.

Als diagnostisch wichtig ist der Leitsatz aufzustellen, daß mit dem Nachweise von anerkannten hysterischen Symptomen und dem Aufzeigen ihres psychischen Mechanismus die Diagnose Hysterie noch nicht gesichert ist. Man findet derartige Züge bei den heterogensten Krankheitsformen, wie Dementia praecox, Paralyse, Paranoia, und würde sich heute kaum mehr zu der Annahme einer Kombination der Hysterie mit diesen Psychosenformen entschließen können. Weit zweckmäßiger ist es, die Bezeichnung Hysterie nur auf jene Fälle einzuschränken, bei denen Symptome dieser Art ausschließlich und in gehäufter Form auftreten, so daß sie das klinische Bild vollständig beherrschen. Findet man gleichzeitig ein organisches Nervenleiden oder eine Psychose, dann wird man zu erwägen haben, ob eine Kombination dieses Leidens mit hysterischer Anlage (Disposition) vorliegt oder die hysterischen Züge ein Symptom des Leidens vorstellen.[1]) Die Differenz

[1]) Vergl. auch Lewandowsky, M., Die Hysterie. Berlin 1914.

Digitized by Google

zwischen Hysterie und hysterischen Symptomen ist ebenso groß wie zwischen den vieldeutigen und bei den verschiedensten Psychosen zu beobachtenden katatonischen Symptomen und der Katatonie.

In unserer diagnostischen Betrachtung wollen wir den hysterischen Anfall, die hysterische Persönlichkeit und Geistesstörung auseinander halten. Dem Anfalle gehen meist psychische Zeichen voraus, Zorn, Ärger, Erregung, Schreck, Verstimmung über Vorkommnisse von individueller Bedeutung, meist ist die psychische Auslösung deutlich festzustellen, etwa durch die ärztliche Untersuchung oder Besprechung des hysterischen Anfalles. Vielfach sind die Anfälle auch deutlich von Aurasymptomen eingeleitet, die sich z. T. aus der auslösenden Situation ergeben, wie Zittern, krampfhaftes Weinen, Oppressionsgefühl, z. T. aber auch unabhängig von den äußeren Umständen in stereotyper Weise auftreten. Der eigentliche Anfall beginnt nie in elementarer Weise wie bei der Epilepsie mit Bewußtlosigkeit und deren lebengefährdenden Konsequenzen. Typisch für Hysterie ist im Gegenteil, daß Vorbereitungen für den Anfall getroffen werden, die um so deutlicher die Natur des Anfalles verraten, je umfangreicher und vorsorglicher sie sind. Zum Unterschied von epileptischen Anfällen, bei denen erst im Laufe der Zeit die Aurasymptome eine warnende Bedeutung gewinnen, bleibt bei der Hysterie die Einstellung auf Vermeiden von Beschädigung auch während des Anfalles erhalten.

Die erste Phase des eigentlichen Anfalles wird als epileptisch bezeichnet und besteht in tonischen und klonischen Krämpfen. Körper und Extremitäten werden steif, Kiefer zusammengepreßt, ohne daß aber in der Regel Zungenbiß erfolgt, vorübergehend tritt Atemstillstand und Cyanose ein. Auf das tonische Stadium folgen Zuckungen, die aber keinen anatomischen etwa einer Reizung der Gehirnzentren entsprechenden Charakter tragen, sondern einen willkürlichen Typus verraten. Diese Phase geht unmittelbar in die der koordinierten Krampfbewegungen über. In selteneren Fällen ist sie durch den bekannten Arc de Cercle charakterisiert; meist besteht sie bloß aus Wälzen und Verdrehungen des Körpers und ruckweisen Arm- und Beinbewegungen, die als grobes Schütteln und Strampeln, Schlagen, Stoßen usw. erscheinen. Während des Anfalles ist das Bewußtsein nie völlig

Digitized by Google

erloschen, wie man aus dem Charakter der Bewegungen einerseits, aus ihrer Beeinflußbarkeit (suggestive Bemerkungen, Zureden usw.) und der Reaktion auf Schmerzreize andererseits schließen kann. Auch die Lichtreaktion der Pupillen bleibt erhalten, deren Prüfung macht allerdings häufig Schwierigkeiten und gibt zu Täuschungen Anlaß. Der Anfall geht entweder in eine vorwiegend durch psychische Störungen charakterisierte Phase über, auf die wir unten noch zurückkommen oder findet allmähliche Lösung. Seine Dauer ist wie alle hysterischen Äußerungen einem großen Wechsel und individuellen Schwankungen unterworfen. Zuweilen bleibt er bloß auf einzelne protrahierte Aurasymptome, wie Oppression, Zittern, Angst, konvulsivische Zustände, vorübergehende Bewußtseinstrübung mit visionären Erscheinungen (Halluzinationen), beschränkt.

Das hysterische Irresein im engeren Sinne wird durch Bewußtseinstrübungen und halluzinatorische Verwirrtheitszustände vom Typus der Amentia respektive der Dämmerzustände repräsentiert. Erstere sind meist mit lebhafter psychomotorischer Erregung verbunden und stark affektiv gefärbt. Sie zeigen in der Regel eine phantastische Gestaltung der Halluzinationen und der sonstigen Vorstellungsprodukte. Von der toxisch bedingten Amentia unterscheiden sich hysterische Delirien außer durch ihre rein psychische Genese, durch den meist tendenziösen Charakter und die ausgesprochene Bestimmtheit durch Komplexe. Letzteres Moment haben hysterische Zustände mit Dämmerzuständen der Dementia praecox gemein, unterscheiden sich aber von diesen scharf durch ihre weitgehende Beeinflußbarkeit, während ähnliche Zustände bei Dementia praecox und Epilepsie mehr autistisch angelegt sind. Als charakteristisch für hysterische Dämmerzustände wurde früher das Ganser'sche Symptom des Vorbeiredens bezeichnet, von anderen Autoren aber wieder für die Dementia praecox requiriert; tatsächlich ist es bei verschiedenen Krankheitsformen in besonderer Färbung zu finden.

Von anderen häufig zu beobachtenden Zeichen der hysterischen Geistesstörung ist der hysterische Stupor und Katalepsie zu erwähnen, die von katatonischen Zuständen gleicher Art sich ebenfalls durch viel weitergehende Beeinflußbarkeit unterscheiden.

Nach unseren einleitenden Bemerkungen können wir die Existenz einer hysterischen Paranoia, Melancholie usw., die in der

Digitized by Google

Nomenklatur mancher älteren Psychiater noch eine große Rolle spielt, ebenso wenig billigen, wie irgend jemand eine hysterische Paralyse anzuerkennen vermöchte. Auch bei anderen organischen Störungen, wie Tumor cerebri, multiple Sklerose, wird eine hysterische Färbung des Zustandsbildes häufig beobachtet. Eine Aufzählung und Besprechung aller bei der Hysterie zu beobachtenden somatischen Störungen würde den Rahmen dieses Buches überschreiten. Wir beschränken uns daher auf die Bemerkung, daß die besonders auffälligen motorischen und sensorischen Reizausfälle, Lähmungen, Aphonie, Anästhesie, Analgesie, Taubheit, Blindheit, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung usw. in ihrem Charakter keinen anatomischen Gesetzen, sondern der Vorstellungsweise des Individuums folgen und daß sie sich — soweit ihre Analyse, die Aufgabe jeder Untersuchung sein muß, durchführbar ist, — meist als inadäquate, durch die besondere psychische Konstitution des Individuums bedingte Reaktion auf bestimmte äußere Reize oder innere Vorgänge darstellen; sofern diesen Reizen ein suggestiver Einfluß zukommt, wie vielfach der ärztlichen Sensibilitätsprüfung, ist die von Babinski stammende Bezeichnung pithiatisch (πειθω = ich überrede) gerechtfertigt.

Eine Umgrenzung des hysterischen Charakters bzw. der hysterischen Konstitution stößt verschiedentlich auf Schwierigkeiten; diese sind namentlich durch die individuellen Züge der besonderen Persönlichkeit, die in der Mehrzahl dem weiblichen Geschlechte angehört, gegeben, ferner durch die engen Beziehungen der Hysterie zu der psychopathischen Konstitution, der im besonderen Falle durch die Bezeichnung hysterische psychopathische Konstitution entsprochen wird. Auf Begriff und Merkmale der psychopathischen Persönlichkeit ist früher eingegangen worden. Hier beschränken wir uns lediglich auf die speziell hysterische Symptomatologie, die fast in jedem Rahmen auftreten kann. Das Gepräge des Hysterischen ist dadurch gegeben, daß die abnormen psychischen Erscheinungen wie alle bisher erörterten Symptome auf Komplexe zurückgehen. Insofern sich eine derartige Wirksamkeit auch bei der Psychopathie geltend macht, sind dieser ebenfalls hysterische Mechanismen zuzuschreiben.

Mit der psychopathischen Konstitution teilt die Hysterie Maßlosigkeit der Affektentladung, Anschwellen des Affektes zur

Digitized by Google

Krise, aus unverhältnismäßig geringem Anlasse. Dadurch sind in gewissen Grenzen auch Beziehungen zur normalen weiblichen Psyche einerseits, zum Infantilismus anderseits gegeben. Den spezifisch hysterischen Charakter erhalten solche Affekterscheinungen durch mehr oder weniger bewußte Beziehungen zu Komplexen derart, daß sie nicht eigentlich eine Reaktion, also gewissermaßen das Endglied eines durch den Reiz gesetzten Vorganges, sondern ein Mittel zu der durch den Komplex bestimmten Tendenz werden. Ob dieses Mittel zweckmäßig und logisch ist, hängt von der ganzen psychischen Verfassung, insbesondere dem intellektuellen Niveau ab. Die gleichen Momente bestimmen auch, ob das Ziel ein würdiges, moralisch zu billigendes oder ein egoistisches, etwa mit dem Sexualleben verknüpftes ist. Die bloße Erregung von Aufmerksamkeit auf die eigene Person, Sensationsstreben, Sucht, sich im Mittelpunkt zu sehen, stellen vielfach hysterische Motive vor, ebenso das Streben, eine Schuld von sich abzuwälzen, eine gehaßte Person zu kompromittieren, die Größe eines erlittenen Leids augenfällig zu machen, wobei die einzelne Äußerung teils als Selbstzweck, teils als Glied einer Reihe sich darstellt. Da der Mechanismus sich stets teilweise unterbewußt abspielt, stößt seine Analyse meist auf große Schwierigkeiten. Die Beziehung zu Komplexen führt oft auch zu inadäquaten Affektreaktionen, auch unmotivierten, durch die Situation allein nicht erklärlichen Lust- oder Unlustäußerungen, unnatürlichen oder perversen Neigungen usw. Das Inadäquate von Reaktionen ist durch die gewiß bis zu einem gewissen Grade konventionelle aber auch von Individuum zu Individuum variierende und sowohl von individuellen Erlebnissen als von der Anlage abhängige Art, assoziative Beziehungen zu stiften und auf diese Weise Symbole für Komplexe zu konstruieren, gegeben. So kann ein durchschnittlich indifferenter Gegenstand für ein bestimmtes Individuum besonders innige Beziehungen zur sexuellen Sphäre gewonnen haben und Reaktionen auslösen, die nur aus diesem Zusammenhang zu erklären sind. Ihre Deutung wird aber durch willkürliche und unwillkürliche Verdrängung und Ausschaltung aus der Bewußtseinssphäre erschwert.

Bewußtes seelisches Geschehen, Vorstellen, Denken, Aufmerksamkeit wird abnorm und spezifisch hysterisch durch die Wirksamkeit von Komplexen, welche psychische Vorgänge bald

Digitized by Google

unterdrücken und verdrängen, bald besonders lebhaft und gewichtig gestalten, bald modifizieren. Der Prozeß der Verdrängung von Erlebnissen steht im Mittelpunkt des Leidens. Dieser Mechanismus folgt einem in der Norm mindestens angedeuteten Modus, nach dem unlustbetonte Eindrücke weniger lebhafte Reproduktionstendenz haben. Bei der Hysterie findet eine Steigerung bis zur völligen Ausschaltung aus dem Bewußtsein statt. Eine viel unmittelbarere Komplexwirkung bildet die Eigenart der Einstellung, wobei die Apperzeption von Komplexen derart beherrscht werden kann, daß ihnen Widersprechendes der Auffassung entgeht oder im Sinne der Komplexe umgestaltet wird. In krasser Weise treten die erwähnten Mechanismen in hysterischen Delirien zutage, in denen jeder Eindruck eine sofortige Umgestaltung und illusionäre Deutung erfährt. So wird etwa die alte Pflegerin konsequent als der getrennte Geliebte angesprochen und behandelt. Von derartigen extrem psychotischen Erscheinungen führen quantitative Unterschiede zur tendenziösen Entstellung der Wirklichkeit, phantastischer Umgestaltung früherer Erlebnisse, überzeugtem Festhalten an den Produkten der eigenen Phantasie, wie es bei der bekannten Pseudologie der Hysterischen statthat.

Nach den erwähnten Zügen wird auch das Handeln bei der Hysterie verständlich: Die eigentümliche Gegensätzlichkeit zwischen der Ausdauer, mit der Ziele verfolgt werden, welche in der Richtung der Interessen des Individuums liegen und der unverständlichen Vernachlässigung anderer Gebiete. Auch die Mittel, mit denen gearbeitet wird, erscheinen verständlich. In der Ungleichmäßigkeit der Leistungen stimmen rein äußerlich betrachtet, hysterische Individuen mit psychopathischen überein. Nur beruht bei letzteren dieser Effekt in erster Linie auf ungleichwertiger Anlage verschiedener psychischer Funktionen, während bei Hysterischen Vorstellungen, die ihren Wert z. T. erst durch die individuelle Erfahrung gewonnen haben, die Auswahl bestimmen. Wie begreiflich, ist die intellektuelle Höhe für das Wesen der Anomalie irrelevant und mehr für die individuelle Gestaltung als für das Zustandekommen der Krankheitsformen von Bedeutung.

6. Angeborener und früh erworbener Schwachsinn.

Unter angeborenem Schwachsinn werden geistige Defektzustände zusammengefaßt, welche im Kindesalter auftreten.

Digitized by Google

Dabei handelt es sich der Mehrzahl nach um die Wirkung von Prozessen, welche sich vor der Geburt abspielten. Die Abgrenzung ist auch symptomatologisch dadurch gerechtfertigt, daß Schädlichkeiten, welche das kindliche Gehirn treffen, zu anderen Effekten als bei entwickeltem Geistesleben führen. Man ist also berechtigt auch Terminalzustände von Defektpsychosen, die in der Kindheit selten auftreten, Dementia praecox, progressive Paralyse der Gruppe zuzuzählen. Quantitativ sind in ihr alle Grade geistiger Schwächezustände vertreten, von der Stufe vollständigen Mangels geistiger Regungen beim Anencephalen bis zu jener Zone, in der pathologische und normale Schwachbefähigung einander begegnen. In diesem Kontinuum werden nach der Tiefe der Geistesschwäche schwerere und leichte Formen unterschieden. In jüngster Zeit setzt sich die Einteilung in drei Gruppen durch: Idiotie, Imbezillität, Debilität. Bei diesen Formen handelt es sich um eine krankhafte Änderung des beim normalen Individuum vertretenen Typus geistiger Tätigkeit. Eine besondere Form stellen jene Fälle dar, bei denen es sich um eine mehr quantitative Abweichung vom normalen Geistesleben handelt, der Infantilismus[1]). In dieser Gruppe tritt sowohl eine körperliche wie geistige Hemmung, ein Zurückbleiben auf kindlicher Stufe hervor.

Als Maßstab für die erwähnten Defektzustände muß in erster Linie die intellektuelle Leistung dienen, da nur diese einer quantitativen Beurteilung unterworfen werden kann. Da aber ein strenger Parallelismus zwischen den einzelnen psychischen Funktionen nicht besteht, insbesondere Gefühlsvorgänge unabhängig von den intellektuellen Leistungen variieren, so ist eine schärfere Abgrenzung distinkter Formen, die etwa verschiedenen Stufen intellektueller Fähigkeit entsprechen würden, kaum durchführbar.

Das ganze Gebiet intellektueller Schwächezustände im Kindesalter hat in neuester Zeit immer mehr an allgemeinem Interesse gewonnen. Fürs erste zwingen forensische Fragen auf defekte und krankhafte Anlagen zurückzugehen, um die besondere Handlungsweise des Individuums zu begreifen, zweitens führt

---

[1]) Vgl. namentlich Anton, G. Vier Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. Berlin 1908. S. Karger.

Digitized by Google

das Streben, den verkümmerten Geist durch planmäßige Erziehung noch möglichst weiter zu bilden, zur Aufgabe einer schärferen Sonderung der Individualitäten, drittens hat die aus verschiedenen Gesichtspunkten unternommene ätiologische Forschung hier ein weites und dankbares Feld der Betätigung gefunden.

Für die Diagnose der verschiedenen Schwachsinnsformen des Kindesalters ist Anamnese, psychische und somatische Untersuchung gleichmäßig von Bedeutung.

Die Anamnese führt hier meist zur Feststellung ausgesprochener hereditärer Belastung. Ein starkes Kontingent kindlichen Schwachsinns wird durch Alkoholismus der Eltern geliefert. Beziehungen zur Syphilis sind von jeher vertreten worden. Ziehen konnte durch sorgfältige statistische Untersuchung in 17% wahrscheinliche, in 10% sichere Erbsyphilis nachweisen. In neuester Zeit wurde den Beziehungen zwischen Syphilis und Schwachsinn von verschiedenen Seiten mittels der Wassermannschen Reaktion nachgegangen. Einzelne Untersuchungen haben zu gleich hohen Werten wie die von Ziehen angegebenen geführt. In anderen Statistiken ist aber der Prozentsatz wesentlich geringer, wobei freilich zu erwägen bleibt, daß der negative Ausfall der Reaktion nicht ausschließt, daß der Schwachsinn eine Folge von Syphilis der Erzeuger ist. Strittig ist noch der Einfluß anderer chronischer Erkrankungen der Eltern, wie Tuberkulose. Einen wichtigen ätiologischen Faktor stellt hier die Belastung durch Geisteskrankheiten in väterlicher und mütterlicher Linie vor (konvergent).

Von ätiologischen Momenten im individuellen Leben sind Asphyxie, Geburtstrauma, Rachitis, chronische Vergiftung durch Einschläferungsmittel wie Alkohol, ferner Meningitis, zu Encephalitiden führende Erkrankungen wie Scharlach, Influenza, Pneumonie usw., zur Kachexie führende allgemeine somatische Erkrankungen wie Anämie, Tuberkulose, Magen-Darmaffektionen, organische Hirnerkrankung, Epilepsie bzw. deren organische Grundlage anzuführen.

Bei der Aufnahme der Anamnese ist insbesondere auf jene psychischen Funktionen Gewicht zu legen, welche die frühe geistige Entwicklung des Individuums charakterisieren, ferner auf seine Handlungsweise unter den komplizierten Be-

Digitized by Google

dingungen der Außenwelt und die Motivierung der Handlungen. Hier vermag eine ausführliche Anamnese die Diagnose wesentlich zu unterstützen und die Beobachtungszeit abzukürzen, während für die Bewertung der intellektuellen Leistungen die objektive Untersuchung maßgebend bleibt.

Bereits der Bericht über die früheste Kindheit läßt die Folgen des geistigen Defektes deutlich erkennen: torpides Verhalten, Schwierigkeiten in der Ernährung, die sich aus Störungen im Ablaufe des Saugreflexes ergeben; später treten Unfähigkeit, Gehen und Sprechen zu erlernen vor, Gleichgültigkeit gegen äußere Eindrücke, mangelnder Spieltrieb. Daneben bestehen meist auffällige Anomalien körperlicher Entwicklung.

Auf diese Weise ist die Diagnose Idiotie stets schon aus der Anamnese zu stellen. Eine geradezu notwendige Ergänzung der ärztlichen Untersuchung bietet die Anamnese bei leichteren Graden von Schwachsinn. Die erwähnten Funktionen laufen hier in normaler Weise ab. Schwierigkeiten ergeben sich erst bei höheren Ansprüchen an die Intelligenz und bei stärkerer Differenzierung des Handelns. In allen Fällen ist es erwünscht, möglichst objektive Urteile über die Leistungen der Schule und über die Gründe mangelhaften Schulfortschrittes zu gewinnen. Ferner ist der gemütlichen Entwicklung des Kindes nach Möglichkeit nachzugehen und eventuelle Anomalien des Trieblebens festzustellen: Neigung zum Naschen, Stehlen, Davonlaufen, phantastische Lügen, vorzeitige sexuelle Regungen und Betätigung. Auch hier sind die Gründe für das besondere Verhalten möglichst genau zu erforschen, insbesondere, ob das Handeln des Individuums dem inneren Mechanismus geistigen Lebens entsprang und sich ungeachtet besser gearteter Umgebung und sittlicher und erzieherischer Einflüsse behauptete, oder ob schlechte Einflüsse seitens Eltern und Altersgenossen das Primäre waren. Endlich ist zur Unterscheidung von der psychopathischen Konstitution auf das Verhältnis der einzelnen seelischen Funktionen einzugehen.

Entscheidend für die Zuordnung zu einer der erwähnten Schwachsinnsformen ist die objektive psychische Untersuchung. Diese ergibt bei der Idiotie mangelnde, nicht auf Taubstummheit zurückzuführende Sprachentwicklung, plumpe, der Ataxie ähnliche Bewegungsformen, Störungen in der Sinnes-

Digitized by Google

funktion, mangelnde Differenzierung der Sinnesqualitäten und primärer emotioneller Erregungen. Ein rudimentäres affektives Leben, triebartiges Handeln.

Bei der Imbezillität finden wir meist normale Sprachentwicklung, zuweilen aber Störungen der Lautbildung, meist reduzierten Sprachschatz. Die konkreten Begriffe (Sachvorstellungen) werden je nach der Schwere des Falles in größerem oder geringerem Umfange erworben. Doch schließt die Intaktheit in dieser Hinsicht bestehenden Schwachsinn nicht aus. Bei der Untersuchung mit der angegebenen Definitionsmethode ist bei geeigneter Wahl von Begriffen vollständiges Versagen zu beobachten, sobald man vom Konkreten zum Abstrakten übergeht.

Die Aufmerksamkeit ist meist gestört. In der Regel fehlt es an Vigilität. Zuweilen ist diese auf Kosten der Tenazität entwickelt, so daß der früher beschriebene Zustand gesteigerter Vigilität, verbunden mit Hypotenazität vorliegt. Sehr eindeutig fällt meist die Gedächtnisprüfung aus, bei der namentlich die Störung in Auffassung und Lernfähigkeit hervortritt. Wenn genügende Aufmerksamkeit eine Durchführung des Versuches ermöglicht, sind bis zur Erlernung weitaus mehr Wiederholungen erforderlich als beim Normalen, und zwar steigt die Lernarbeit unverhältnismäßig stark mit zunehmender Schwierigkeit des Stoffes. Die beim Normalen durch den Inhalt gebotenen Hilfen sind für derartige Individuen nicht verwertbar. Schwierigere Stoffe, wie Gedichtsstrophen, stehen auf gleicher Stufe wie sinnlose Wortreihen und werden wie diese extrem mechanisch gelernt. Der Versuch, beim Lernen auf inhaltliche Beziehungen einzugehen, erweist sich geradezu als störend, indem er zu Fehlern führt, die erst durch weitere Lernarbeit ausgeglichen werden müssen.

Von differential-diagnostischer Bedeutung sind die von Ranschburg[1]) nach der Wortpaarmethode bei pathologisch und normal Schwachbefähigten angestellten Gedächtnisversuche. Bei den Schwachsinnigen waren Umfangswerte von 75—100 % nur in 35 % der Fälle zu finden, während Normale die gleichen Umfangswerte in 84—93 %, Schwachbefähigte in 70,6 % zeigten. Leistungen von 50 % waren bei Normalen ungewöhnlich, kamen bei pathologisch Schwachbefähigten bis zur Hälfte der Fälle vor. Besonders deutlich war die Minderleistung Schwachsinniger bei der Prüfung der Funktion des

[1]) Ranschburg P., Das kranke Gedächtnis. Leipzig 1911.

Digitized by Google

Behaltens. Die selbst bei normal Schwachbefähigten in nahezu 30 % festzustellende Steigerung des Gedächtnisumfanges nach 24 Stunden, war bei Schwachsinnigen nicht zu beobachten. Ein Gedächtnisumfang von 75 % war in diesen Versuchen nur bei $^1/_7$ der Schwachsinnigen zu finden, während von den Normalen 85 % eine derartige Leistung aufwiesen. Einen Gedächtnisumfang von 25—50 % zeigte von der Gruppe der Normalen nur 1,8 %, von den Normalbeschränkten 6 %, von den pathologisch Beschränkten 46 %. Auch in der Länge der Reproduktionszeit war bei Imbezillen eine deutliche Abweichung gegenüber den normalen und schwachbefähigten Schülern festzustellen. Diese Versuche fanden eine wertvolle Ergänzung durch eine gründliche Prüfung des Gedächtnisses von moralisch verkommenen Kindern von Dósai-Révész. Dabei ergab es sich, daß hinsichtlich des Gedächtnisumfanges moralisch Verkommene dem Normalen näher stehen, als dem pathologisch Schwachsinnigen. Die gleiche Stellung kam dem moralisch Defekten auch hinsichtlich der Reproduktion nach 24 Stunden zu. Dabei zeigten diese, auch wenn keine Wiederholung des Stoffes vorgenommen wurde, eine Zunahme der Gedächtnisleistung, während bei intellektuell Schwachbefähigten unter gleichen Verhältnissen eine Abnahme erfolgt. Die Geschwindigkeit der Reproduktion ist bei moralisch Verkommenen wohl etwas geringer als beim Normalen, aber immer noch weitaus kürzer als bei intellektuell Schwachbefähigten.

Mit Rücksicht auf die Schwierigkeit, leichtere Formen des Schwachsinnes objektiv nachzuweisen, seien auch noch die von Nathan[1]) bei der Untersuchung von Schwachsinnigen leichtesten Grades in Assoziationsversuchen gewonnenen Resultate erwähnt. Als diagnostisch für Imbezillität verwertbar ergaben sich dabei folgende Merkmale:

1. Verlängerung der Reaktionszeit.
2. Steigerung von symmetrischen Assoziationen (d. h. solcher, bei welchen Reiz und Reaktionswert in bezug auf ihre grammatikalische Form übereinstimmen).
3. Steigerung formaler Reaktionen.
4. Öfteres Auftreten von Stereotypien.
5. Auftreten von sinnlosen Reaktionen in größerer Zahl.
6. Sprachliche Unsicherheiten und Ungeschicklichkeiten, sowie mangelhafte Sprach- und falsche Wortbildung.
7. Phantastische Sprachweiterbildung und Wortspielerei.

[1]) Nathan, E. W., Über die Assoziationen von Imbezillen und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Klin. f. psych. u. nerv. Krankht. Bd. 4. S. 320. 1909.

Digitized by Google

Wichtig erscheint auch die Kenntnis der Aussageleistung moralisch verkommener und schwachsinniger Individuen. Untersuchungen an Kindern ergaben, daß in der Aussagetreue die moralisch Verkommenen zwischen Normalen und Schwachbefähigten stehen. Nur bei Prüfung mit Suggestivfragen näherten sich moralisch Verkommene den pathologisch Schwachbefähigten. Wir haben es hier mit einer Funktion zu tun, die von dem vorliegenden Defekt betroffen wird. Eine Ordnung der Leistungen nach verschiedenen Altersstufen ergab für moralisch Verkommene, daß die Durchschnittsleistung von 14—15jährigen Individuen besser als solche von 9—11 Jahren ist, aber im Vergleich zu den Leistungen 12—13jähriger zurücksteht. Es handelt sich hier um einen Stillstand der Entwicklung in der Aussageleistung, der bei Normalen im 10., bei Imbezillen im 15.—16. Jahre eintritt.

Das von vielen Seiten an Schwachsinnigen durchgeführte Binet-Simonsche System hat ebenfalls zu klaren Ergebnissen geführt. Dabei stellte es sich wie begreiflich heraus, daß mit wachsendem Alter Schwachsinnige immer mehr hinter Normalen der gleichen Altersstufe zurückbleiben. Chotzen kam in Versuchen an Hilfsschülern zu dem Ergebnis, daß Kinder von 8—9 Jahren, die auf einer 2 Jahre tieferen Stufe im Binet-Simonschen System stehen, und 10—12jährige Individuen, die 3 Jahre zurückstehen, sicher keine normale Intelligenz haben. Von allgemeiner Bedeutung ist der bei diesen Untersuchungen erhobene Befund, daß stärkere moralische Rückständigkeit nicht mit gleichem intellektuellen Defekte verbunden sein muß.

Der objektiven Untersuchung schwer zugänglich sind die Anomalien des Gefühlslebens Schwachsinniger. Ihre Feststellung vermag erst bei längerer Beobachtung oder unter Zuhilfenahme der Anamnese zu gelingen. Als Folge intellektueller Defekte ist der Mangel von ästhetischen und logischen Gefühlen ohne weiteres zu erklären, wertvoller aber für die Diagnose erscheinen die bei den meisten Schwachsinnsformen ausgeprägten dynamischen Änderungen, nämlich mangelnde Beherrschung, Ausbrüche von Lust und Unlust, die zum Reiz in keinem Verhältnisse stehen, für das normale Denken unmotivierte Zornanfälle. Ferner sind qualitative Anomalien im Sinne inadäquater oder perverser Affekterregung, insbesondere auf sexuellem Gebiet zu registrieren. Besonders auffallend ist der meist nur im gewöhn-

Digitized by Google

lichen Leben zutage tretende Mangel an sozialen Gefühlen. Sieht man von Täuschungen durch anerzogene Affektäußerungen ab, so sind Verantwortlichkeit, Pflicht, anhaltende und fundierte Gefühle von Liebe, Dankbarkeit, Treue, Mitleid, Aufopferung usw. vollkommen zu vermissen oder nur rudimentär auf plumpen, egoistischen Motiven basierend erhalten.

Durch die beschriebenen affektiven Störungen des Intellektes und Gefühles sind die Handlungen imbeziller und debiler Individuen ausreichend determiniert. Urteilsschwäche und Mangel regulierender altruistischer Gefühle, z. T. auch Gedächtnisschwäche verleihen ihren Handlungen meist das Gepräge des Impulsiven und Triebartigen. Schwachsinnige mit relativ entwickeltem Vorstellungsvermögen und gutem Gedächtnis sind vielfach auch zu komplizierten Akten fähig, die gegebenenfalls infolge des Mangels an sozialen Instinkten der Gesamtheit zu schwerem Schaden gereichen können. Mord, Diebstahl, Brandlegung, Sittlichkeitsdelikte gehören zu den typischen Strafhandlungen Schwachsinniger leichteren Grades.

Die Diagnose Infantilismus stützt sich außer auf die noch zu besprechenden somatischen Befunde auf den Nachweis vorwiegend quantitativer Abweichungen von den seelischen Leistungen Normaler. Im Gegensatz zum pathologischen Schwachsinn sind oft keine schweren Intelligenzdefekte nachzuweisen. Das Urteil zeigt innerhalb des mehr oder weniger reduzierten Vorstellungskreises keine Verzerrung. Differentialdiagnostisch von größter Bedeutung ist das Gefühlsleben beim Infantilismus; die Stimmungsgrundlage ist heiter, sorglos, zuweilen auch ängstlich-bedrückt. Das Vermögen zur Einfühlung ist vorhanden, ebenso moralisches und soziales Empfinden. Dies alles ist aber nur in beschränktem, kindlichem Umfang vorhanden. Die Aktivität ist meist gering. Das Handeln zeigt kein ausgesprochenes Streben oder irgendwelche konstante, eigene Direktiven und ist durch äußere Einflüsse im Guten und Schlechten bestimmbar. Sexuelle Gefühle treten im ganzen psychischen Getriebe zurück.

In allen Fällen von pathologischem Schwachsinn bildet die somatische Untersuchung einen wichtigen Bestandteil der Beurteilung, da nur auf diese Weise eine wissenschaftliche Auffassung des Falles möglich ist. Das Ziel der somatischen Untersuchung ist, im besonderen Falle die Ätiologie und damit die

Digitized by Google

Art des vorliegenden krankhaften Zustandes bzw. Prozesses aufzudecken; dabei ist die Bewertung eventueller somatischer, neurologischer Symptome umso wichtiger, als gewisse Fälle (Hydrocephalus) operativer Behandlung (Balkenstich) neuerdings zugänglich sind. Von den erwähnten hereditären Momenten führt insbesondere die Syphilis zu manifesten Erscheinungen. Als kausale Faktoren hat die neuere Forschung außer cerebralen Läsionen namentlich Störungen der inneren Sekretion mit deren Folgen für das Cerebrum ergeben. Die somatische Untersuchung wird also insbesondere nach Anhaltspunkten für gestörte Drüsenfunktion suchen. (Thyreoidea, Hypophyse, Pankreas, Nebennieren). In jüngster Zeit hat sich der Weg einer Funktionsprüfung gangbar erwiesen.

Nach den somatischen Befunden werden beim angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn besondere Gruppen abgegrenzt, von denen einzelne auch allgemeineres ärztliches Interesse beanspruchen. Der öfters erwähnte Infantilismus ist körperlich durch Kleinheit des Skeletts, Fortbestehen der Epiphysenfugen, proportionale Verkleinerung der Organe, Ausbleiben oder Hemmung der Geschlechtsentwicklung, Mangel sekundärer Geschlechtsmerkmale usw. charakterisiert.

Ausgesprochene somatische Veränderungen zeigt der Kretinismus, Störungen des Wachstums, charakteristische Gesichtsbildung, eingezogene Nasenwurzel, kurze Nase, vielfach aufgestülpt, breite Flügel. Die Augendistanz ist verringert, Haut und Unterhautzellgewebe geschwellt, Augenlider verdickt, Lippen wulstig, Mund geöffnet, Zunge dick, die Färbung der Haut blaß oder schmutzig, ihre Oberfläche trocken, abschilfernd, Schweißbildung fehlt. Die Haare sind kurz, dick, borstig, die Nägel rissig und spröde; die Schilddrüse ist oft kropfig entartet, vielfach auch an Volumen reduziert.

Erwähnt sei ferner der mongoloide Typus des Schwachsinns: Mikrobrachycephaler Schädel, enge Augenspalten. Oft besteht im Augenwinkel eine halbmondförmige Hautfalte. Nase klein und stumpf.

Der somatische Befund hat ferner zur Abgrenzung der sogenannten amaurotischen Idiotie geführt, die bei Angehörigen derselben Familie gefunden wird.

Digitized by Google

Eine übersichtliche ätiologische Gruppierung der meisten Schwachsinnsformen bringt folgende von Weygandt[1]) aufgestellte Tabelle:

Endogener Schwachsinn: Mikrencephalie, Hirnanlagehemmung, Schwachsinn auf entzündlicher Grundlage:

Hirnentzündung (encephalitische Mikrencephalie, Mikrogyrie, atrophische Sklerose und Gliose).

Porencephalie.

Hirnhautentzündung.

Hydrocephalie.

Endogene Gruppen:

Amaurotische familiäre Idiotie und verwandte Gruppen.

Tuberöse hypertrophische Sklerose.

Mongoloide Degeneration.

Infantilismus.

A. Dystrophischer Infantilismus durch:

I. Milieu, Unterernährung, Intestinalstörung u. a.

II. Vitium cordis (Pulmonal und Mitral).

III. Alkohol, Blei und andere Gifte.

IV. Infektionskrankheiten (Lues, Tuberkulose, Malaria u. a.).

B. Glandulärer Infantilismus.

I. Status thymico lymphaticus und Idiotia thymica.

II. Dysthyreoidismus.

a) Hyperthyreoidismus (Basedow).

Hypothyreoidismus:
b) Myxödem und thyreoprive Degeneration.
c) Endemischer Kretinismus.
d) Strumöser Schwachsinn.

III. Dysgenitalismus (Hypergenitalismus).

IV. Dyspituitarismus.

a) Akromelagie mit Schwachsinn.
b) Dystrophia adiposogenitalis.
c) Hypophysärer Zwergwuchs.
Anhang: Dyspinealismus.

V. Dysadrenalismus.

VI. Pluriglandulärer Infantilismus, Syphilidogene Idiotie, Imbezillität, Debilität (Syph. Infantilismus und infantile Paralyse).

Alkohologene Entwicklungsstörung.

Athetotischer Schwachsinn.

---

[1]) Weygandt, W. Über Infantilismus und Idiotie. Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie. XVII. 613. 1913.

Digitized by Google

Chorea und physische Entwicklungsstörung.
Spasmophilie und Epilepsie mit Schwachsinn.

Skelett-erkrankungen	Rhachitis mit Schwachsinn. Chondodystrophie mit Schwachsinn. Turmschädel mit Schwachsinn.
Frühformen von Psychosen und Psycho-neurosen	Dementia praecox mit psychischer Entwicklungsstörung. Dementia infantilis (praecocissima). Manisch-depressives Irresein im Kindesalter. Hysterisch-degeneratives Irresein im Kindesalter. Neurasthenie im Kindesalter.

Da wir in der Intelligenzprüfung über ein sicheres diagnostisches Hilfsmittel verfügen, wird sich ein einigermaßen ausgeprägter Schwachsinn unserer Kenntnis kaum entziehen können, wenn nicht Schwierigkeiten besonderer Art vorliegen. Solche bietet namentlich die Komplikation mit akuten Psychosenformen, wie *manisch-depressives Irresein* und *Dementia praecox*. Eine Entscheidung ist leicht durch die Anamnese zu erbringen. Beim Mangel einer solchen kann stuporöses Verhalten die exakte Diagnose verhindern. In derartigen Fällen ist man auf die Beobachtung des Verlaufes angewiesen. Ist aber eine Verständigung mit dem Kranken überhaupt möglich, dann werden sprachliche Äußerungen und Bewegungsformen ohne weiteres auf die vorhandene Komplikation hinweisen. Schwierig ist die Entscheidung bei leichtem Grad von Schwachsinn. Hier ist man einerseits geneigt, intellektuelle Minderleistungen auf die hemmende Wirkung der Depression zu schieben, anderseits läßt der demente Einschlag im manischen Zustandsbild an Defektpsychosen (Dementia praecox, Paralyse) denken. In letzterem Falle ist namentlich auf das Vorhandensein oder Fehlen schizophrener Symptome zu achten. Im Depressionszustand verrät der Mangel an Tiefe des Affektes, schwachsinnige Motive des Angstzustandes, demente Wahnideen, das Vorhandensein von Schwachsinn, dessen Ursache vielfach Imbezillität oder Debilität ist.

Schwieriger gestaltet sich die Klärung jener Fälle, bei denen auf der Basis eines angeborenen Schwachsinns ein akuter, hebephrener Prozeß auftritt (Pfropfhebephrenie). Aber selbst bei Vorhandensein akuter Symptome, welche die Intelligenzprüfung verhindern, ist meist doch noch die Entscheidung zu erbringen, ob der Prozeß ein rüstiges oder ein defektes Gehirn getroffen hat. Ist

Digitized by Google

eine genaue Intelligenzprüfung durchführbar, dann ist die Entscheidung mit Sicherheit zu fällen. Eine Verwechslung von terminalen Fällen von Dementia praecox und Idiotie, die mitunter ähnliche motorische Phänomene, wie Stereotypien, Manieren darbietet, wird auch bei oberflächlicher Betrachtung kaum unterlaufen. Die Unterscheidung wird durch Nachweis von Schulkenntnissen, deren Erwerb normale intellektuelle Anlage voraussetzt, getroffen. Die bei Imbezillität häufig zu beobachtenden Wahnideen führen zur Differentialdiagnose gegenüber der Dementia paranoides; sie sind bei ersterer durchsichtig, von der momentanen Situation getragen, wenig nachhaltig und können daher einer Unterscheidung von Wahngebilden bei Dementia praecox kaum ernstere Schwierigkeiten bereiten.

Epileptische Demenz ist in erster Linie durch die Anamnese zu unterscheiden, Anhaltspunkte gewährt aber auch der intervalläre Zustand (vgl. epileptischer Charakter, Seite 220).

An die Möglichkeit, daß ein infantiles oder imbezilles Individuum ein hohes Alter erreichen kann, braucht man nur zu denken, um die Entscheidung zu treffen, ob eine senile Demenz mit der bekannten infantilen Charakterveränderung vorliegt oder ob man es mit einem im Greisenalter stehenden, infantilen oder imbezillen Individuum zu tun hat.

Von großer praktischer Bedeutung kann die Unterscheidung von Debilität, Imbezillität, degenerativer psychopathischer Konstitution und moralischer Verkommenheit ohne Intelligenzdefekt werden, und zwar sind es heute namentlich zwei Instanzen, die vom Arzte eine genauere Unterscheidung dieser Formen verlangen: die Jugendfürsorge und das Strafgesetz (Jugendgericht). Ersterer kommt es auf eine Sichtung des Materiales zum Zwecke individueller Erziehung und zur Verhütung moralischer Schädigung gemeinsam unterbrachter Kinder an. Da bei der forensischen Begutachtung die Frage lautet: ob durch einen krankhaften Prozeß die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, so wird sie in diesem Falle meist nur bei ausgesprochener Imbezillität bejaht werden können, während leicht schwachsinnige Individuen, Psychopathen, moralisch Verkommene in der Regel als zurechnungsfähig angesehen werden müssen. Bei Behandlung dieser Frage ist von dem Grundsatz auszugehen, daß die Tat an sich nur in den seltensten Fällen eine Entscheidung

Digitized by Google

über die Zurechnungsfähigkeit des Täters gestattet. Ein perverses Sexualdelikt oder ein brutaler Mord kann ebensowohl von einem moralisch verkommenen Individuum wie von einem Geisteskranken ausgeführt worden sein. Bei Ausschluß psychotischer Symptome ist die Entscheidung lediglich auf die Intelligenzprüfung und die Bewertung des Intelligenzdefektes basiert. In forensischen Fragen kann die genauere Differenzierung der psychopathischen Konstitution der moralischen Verkommenheit und angeborenen Schwachsinn leichtesten Grades dahingestellt bleiben. Für die Zwecke der Heilerziehung sind diese Formen jedoch möglichst auseinanderzuhalten. Eine ganz strenge Scheidung derselben ist aber nicht denkbar, da die Begriffe sich zum Teil überdecken, man wird deshalb bei der Sonderung stets mehr die praktischen Ziele zu berücksichtigen haben. In jedem Falle von Schwachsinn ist die Frage aufzuwerfen, ob er als ein pathologischer anzusehen ist, der einen besonderen Heil- und Erziehungsplan erfordert. Diese Frage wird nur bei ausgesprochenen Defekten zu bejahen sein, andernfalls ist die Möglichkeit zu erörtern, ob der Mangel an intellektuellen Leistungen auf einer noch im Rahmen des Normalen gelegenen Beschränktheit, mangelnder Erziehung bzw. intellektueller Verwahrlosung oder aus einer psychopathischen Konstitution zu erklären ist. Die Diagnose der letzteren stützt sich auf die neurologische Untersuchung und eine geeignete Beobachtung der ganzen Persönlichkeit. Moralische Minderwertigkeit kann bei allen den erwähnten Zuständen vorliegen. Ihre ätiologische Auffassung und praktisch-pädagogische Bewertung wird jedoch nach dem psychischen Gesamthabitus variieren.

Die Aufgabe des Untersuchers muß also in erster Linie auf den Nachweis des intellektuellen Defektes gerichtet sein. Zur Entscheidung ist außer der Intelligenzuntersuchung die Anamnese über Erziehungseinflüsse, Lebenswandel, Umgebung usw. herbeizuziehen und eventuell während der Beobachtungszeit durch systematische Versuche über die Ergänzung der Defekte zu vervollständigen. Die Möglichkeit einer krankhaften intellektuellen und ethischen Veranlagung wird auch getrennt zu erwägen sein, wobei natürlich die Annahme eines isolierten krankhaften Defektes im Sinne der Moral insanity stets besondere Sorgfalt der Intelligenzprüfung und eine kritische Sichtung des anamnestischen Materiales erfordert.

Digitized by Google

Exogene Psychosen (7—13).

Unter exogenen Psychosen sind Geisteskrankheiten zu verstehen, die wesentlich durch äußere Ursachen bedingt werden. Das Ziel der Diagnose ist in diesem Falle, aus dem klinischen Bilde den spezifischen Prozeß zu erkennen. Es ist mit Sicherheit zu erreichen, wenn die Noxe zu spezifischen und wohlcharakterisierten Störungen führt. Dieser Fall ist z. B. bei der im weiteren Sinne hierhergehörigen (meta) syphilitischen Geistesstörung der progressiven Paralyse gegeben. In der gleichen Lage befinden wir uns auch, mindestens bei einer Anzahl der im Gefolge des Alkoholismus auftretenden Geistesstörungen. In einer anderen Gruppe von Psychosen gelangt die Diagnose bloß dahin, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit den ätiologischen Zusammenhang festzustellen, nämlich in dem Sinne, daß man bei bekannten oder somatisch bzw. neurologisch festgestellten Symptomen zu dem Urteile kommt, daß eine bestimmte Noxe Ursache oder Mitursache des Leidens ist. In anderen Fällen gelangt man nicht weiter, als aus der besonderen Symptomengruppierung eine exogen bedingte Erkrankung überhaupt zu erkennen und damit ein heuristisches Prinzip aufzustellen, dem die körperliche Untersuchung nachzugehen hat. Es ist Aufgabe der folgenden Übersicht, bei den verschiedenen Noxen, die sich für Geisteskrankheiten als pathogenetisch erwiesen haben, zu erörtern, wie weit das so umgrenzte Ziel erreicht wurde. Wir folgen dabei der üblichen Einteilung exogener Psychosen in: Intoxikationspsychosen, Infektionspsychosen, traumatische Psychosen und Psychosen bei Krankheiten der Zentralorgane.

Für das Verständnis der exogen bedingten Geistesstörungen ist der Gesichtspunkt wichtig, daß der Ausbruch von psychischen Störungen, die in ätiologischem Zusammenhang mit einer Noxe stehen, nicht notwendig mit der äußeren Einwirkung zusammenfallen muß. Besonders klar ist dies Verhältnis bei den alkoholischen Geistesstörungen. Hier geht der Entwicklung der Psychose stets längerer Alkoholabusus voraus. Ihr Ausbruch ist vielfach erst durch weitere, zum Teil bekannte und greifbare Schädlichkeiten bedingt.

7. Alkoholismus (chronicus).

Die bekannten Symptome der heiteren Angeregtheit, die rührselige Stimmung, gesteigerte Motilität, leichter Rededrang mit

Digitized by Google

oberflächlichen Produktionen, die der gewöhnlichen Kritik und Schärfe des Urteiles entbehren, lassen den Erfahrenen auch ohne Kenntnis der Situation, die noch nicht als Geistesstörung aufzufassende Alkoholintoxikation erkennen. Die Unterscheidung derselben vom hypomanischen Zustandsbild ist leicht, da auch somatische Symptome, wie plumpe ataktische Bewegungsformen, lallende Sprache auf die Noxe hinweisen. Von großer, praktischer, vorwiegend forensischer Bedeutung ist die Unterscheidung des einfachen vom pathologischen Rauschzustande. Ätiologisch ist abnorme (angeborene oder erworbene) Disposition in Betracht zu ziehen, insbesondere auch auf traumatische Antezedenzien und epileptische Anfälle zu achten. Vom objektiven Zustandsbild sind für die Diagnose pathologischer Rauschzustand maßgebend: furibunde Erregung, sinnloses Gebaren, Selbstbeschädigung, Verkennung der Umgebung, Desorientiertheit, Halluzinationen, konsekutive Amnesie. Bei der Stellung der Diagnose ist namentlich in forensischen Fragen Simulationstendenz in Betracht zu ziehen und darum insbesondere den Angaben über Amnesie mit Vorsicht zu begegnen. Das psychologische Experiment, bei dem die Reaktion auf kleine Alkoholmengen geprüft wurde, hat sich zur Feststellung der pathologischen Alkoholreaktion als sehr wertvoll erwiesen. Doch besagt nur der positive Ausfall etwas Sicheres, nicht der negative, da die Verhältnisse des Milieus und die sonst im Krankenhaus eingehaltene Abstinenz die Alkoholwirkung beeinflussen können.

Das Delirium tremens mit seinem Beschäftigungsdrang, Tierhalluzinationen, ängstlicher Erregung, Desorientiertheit, Ratlosigkeit gehört zu den am besten bekannten und am schärfsten charakterisierten Zustandsbildern. Bei typischer Ausprägung wird eine Verkennung nicht leicht erfolgen und auch das Epitheton alcoholicum unbedenklich gegeben werden können, zumal, wenn auch somatische Züge von chronischem Alkoholismus wie Lippenbeben, Fingertremor, neuritische Symptome vorliegen. Letztere können bei mangelhafter Anamnese stark ins Gewicht fallen, wenn das Delirium nicht voll ausgeprägt ist; in derartigen Fällen kann der Versuch, Halluzinationen zu induzieren, etwa indem in einer dunklen Ecke, auf Geheiß, Lebewesen gesucht oder durch Druck auf die Bulbi Tiervisionen ausgelöst werden, zu einer Ergänzung des Krankheitsbildes führen. Sind keine sicheren ätio-

Digitized by Google

logischen Momente nachzuweisen und das Zustandsbild nicht typisch, dann ist die auch sonst zu berücksichtigende Möglichkeit, daß ein deliranter Zustand bei Paralyse, seniler Demenz, Epilepsie, ein Delirium nach Trauma oder Intoxikation mit einem anderen Gifte als Alkohol vorliegt, ganz besonders sorgfältig zu erwägen. Auch bei Meningitis können die psychischen Störungen manchmal zeitweilig den Charakter des Deliriums annehmen. Die bald merkliche, schwere Benommenheit wird aber wohl stets veranlassen, an diese Möglichkeit zu denken und auf charakteristische Symptome der Meningitis zu prüfen. Auch die Lumbalpunktion ist dann am Platz.

Zu den charakteristischen Krankheitsformen des chronischen Alkoholismus gehört auch die Korsakoffsche Geistesstörung oder polyneuritische Psychose. Das markanteste Symptom derselben ist hochgradige Merkschwäche; derartige Kranke vergessen auf der Höhe der Krankheit, die sich zuweilen aus dem Delirium tremens entwickelt, nahezu alles. Eindrücke, die ihnen experimentell geboten werden, sind schon nach Minuten völlig ausgelöscht und dabei wird auch hartnäckig in Abrede gestellt, daß irgendein Objekt gezeigt oder der Auftrag, etwas zu merken, gegeben wurde. Im Gegensatz zu der Beeinträchtigung der Merkfähigkeit für neue Eindrücke ist die Reproduktion älterer Erlebnisse relativ ungestört, wenn man von einer meist nicht sehr ausgedehnten Amnesie absieht, die sich vom Zeitpunkt des Krankheitsbeginns in die Vergangenheit hinein erstreckt. Auch die Auffassung erscheint bei gewöhnlicher Prüfung relativ wenig geschädigt. Es besteht Interesse für die Umgebung und eine gewisse Geschäftigkeit. Die Stimmung ist gemütlich-heiter. Eine Einsicht für den Defekt ist nicht vorhanden. Die Gedächtnislücken werden konfabulatorisch prompt ergänzt, wobei die gewöhnlichen Erlebnisse aus dem früheren Dasein den Stoff liefern. Die Merkschwäche hat zur Folge, daß die Kranken sich lange nicht in die neue Umgebung hineinfinden, ständige Verwechslungen begehen, sich verlaufen, dabei ärgerlich werden oder in ängstliche Stimmung geraten. Charakteristisch für die Krankheitsformen ist die Angabe, die gleiche Situation schon erlebt zu haben („déja vu"), einmal bereits in derselben Anstalt unter gleichen Verhältnissen gewesen zu sein, daher den Arzt usw. zu kennen. Die Zeit des letzten Aufenthaltes wird gewöhnlich unterschätzt.

Digitized by Google

Chronische Fälle können neue Eindrücke länger behalten, die neue Umgebung wird allmählich aufgenommen, täglich sich wiederholende Verrichtungen prompt ausgeführt. Der bestehende Defekt tritt erst bei komplizierten Leistungen oder besonderer Prüfung deutlich hervor. Eine Einsicht wird nicht gewonnen. In schwereren Fällen versiegt allmählich das Interesse, die Kranken werden stumpf und gleichgültig und lassen nur bei Anregung demente Euphorie erkennen.

Differentialdiagnostisch kommen hochgradige Merkschwäche bei progressiver Paralyse, Lues cerebri, seniler und arteriosklerotischer Demenz, ferner bei Tumor, Meningitis, Urämie oder sonstigen Intoxikationen in Frage. Merkschwäche von jenem Grade, wie sie bei Korsakoffscher Psychose zu beobachten ist, tritt nur bei fortgeschrittenen Fällen von Paralyse, die aus den anderen Symptomen ohne weiteres zu diagnostizieren ist, in Erscheinung. Die Unterscheidung von der Lues cerebri erfordert die Anstellung der vier Reaktionen, wobei die Komplikation von Alkoholismus mit Lues zu beachten ist. Die Merkschwäche bei der senilen und arteriosklerotischen Demenz ist, wie aus der Besprechung dieser Krankheitsformen zu entnehmen ist, von der Korsakoffschen Geistesstörung wesentlich verschieden. Die letzterwähnten Krankheitsformen sind nach dem somatischen, insbesondere neurologischen Befund auszuschließen.

Wir gehen zur Besprechung von jenen Formen alkoholischer Psychosen über, die als spezifisch nicht allgemein anerkannt sind. Hier ist die Halluzinose zu erwähnen; es handelt sich dabei um vorwiegend durch Halluzinationen charakterisierte Zustandsbilder, in denen lebhafte, meist sekundär bedingte Wahnideen produziert werden. Die Orientierung bleibt erhalten. Bei einer weiteren Fassung des Begriffes ist neben einer idiopathischen Halluzinose eine solche bei chronischem Alkoholismus, Tabes, Lues usw. zu unterscheiden. Spezifische Merkmale von chronischem Alkoholismus, etwa Zusammenhang mit einem Delirium oder deutliche somatische Symptome lassen eine Halluzinose ohne weiteres als alkoholische erkennen. Unentschieden ist aber noch die Frage, wie die dabei zu beobachtenden schizophrenen Symptome zu deuten sind, ob sie als nebensächlich, wie etwa bei der Paralyse, aufgefaßt werden dürfen, oder als Kern des ganzen Prozesses zu gelten haben, so daß sich dieser als eine

Digitized by Google

durch Alkoholismus komplizierte, eventuell ausgelöste Schizophrenie darstellt. Im einzelnen Falle werden diese Fragen durch eine genaue Anamnese geklärt werden können. Diese hat die Zeit des Auftretens der psychischen Störungen festzustellen. Sind solche bis in die Pubertät zu verfolgen, dann kann der Alkoholismus natürlich nur als eine Komplikation angesehen werden; so in einem meiner Fälle, wo alkoholische Getränke so lange als Mittel gegen die schon lange bestehenden, zuweilen recht quälenden Stimmen verwendet wurde, bis er sich zu einem chronischen Übel gestaltete, dessen Folgen in erster Linie die Aufmerksamkeit der Umgebung und der untersuchenden Ärzte auf sich lenkten.

In diesem Zusammenhange ist auch an die häufig zu beobachtende und leicht erklärliche Kombination von Psychopathie und Alkoholismus zu erinnern, welche darum zu diagnostischen Schwierigkeiten führen kann, weil auf dem Boden der Psychopathie psychotische Symptome, die das Vorhandensein anderer Geistesstörungen vortäuschen können, sich ganz besonders leicht entwickeln, wozu der bestehende Alkoholismus nur förderlich ist.

Bei der Alkoholparanoia ist die Rolle des exogenen ätiologischen Momentes noch weniger klar als bei der Halluzinose. Ohne zwingende Gründe, die sich etwa aus der Anamnese oder Analyse des Falles ergeben können, wird im besonderen Falle die Diagnose Paranoia in den Vordergrund zu stellen sein, da auf diese Weise der Prognose besser Rechnung getragen wird. Besonders schwierig kann sich die Unterscheidung bei Vorhandensein von Eifersuchtsideen gestalten, da diese allgemein als Stigmen für chronischen Alkoholismus gelten. Dabei ist aber zu beachten, daß es auch Fälle von Paranoia bzw. Dementia paranoides gibt, in denen Eifersuchtsideen das Krankheitsbild beherrschen, ohne daß von chronischem Alkoholismus die Rede sein kann. Dagegen ist es sicher, daß der Alkoholismus sekundär infolge Schwächung des Urteiles, Beeinflussung der sexuellen Erregbarkeit, Störung des häuslichen Friedens wegen ablehnenden Verhaltens der Frau usw. zu Eifersuchtsvorstellungen führt, die aber in nicht komplizierten Fällen viel weniger tief greifen als bei echten paranoiden Erkrankungen und mit Besserung der Trunksucht einer Korrektur zugänglich sind.

Der heutige Stand der Frage nach der Alkoholparalyse ist in anderem Zusammenhange skizziert (siehe S. 190). Die

Digitized by Google

einfache Alkoholdemenz ist als besondere Krankheitsform sicher anzuerkennen, doch kennen wir heute nur allgemeine Züge des chronischen Potatoriums, Willensschwäche, Rührseligkeit, kritiklose Heiterkeit, ausgeprägte somatische Symptome, insbesondere neurologischer Natur, von denen die Trägheit der Pupillenreaktion (auch Lichtstarre wurde beobachtet) anzuführen sind. Die Symptomatologie ist aber noch nicht genügend erforscht, um zur Frage einer spezifischen Alkoholdemenz Stellung nehmen zu können. Differentialdiagnostisch ist die Möglichkeit zu erwägen, daß ein zur Demenz führender Prozeß, Imbezillität, Dementia praecox, Arteriosklerose, Lues cerebri. Paralyse kompliziert mit chronischem Alkoholismus vorliegen.

8. Morphinismus und Kokainismus.

Der Morphinismus und Kokainismus bereiten der Diagnose meist keinerlei Schwierigkeiten. Wir begnügen uns daher mit dem Hinweis auf die im allgemeinen Teile gegebenen Ausführungen. Die Aufgaben, die dem Arzte dabei erwachsen und im besonderen Falle sich auch äußerst schwierig gestalten können, liegen in erster Linie auf therapeutischem und forensischem Gebiet. Dabei kommt es wesentlich auf die Analyse der Persönlichkeit an, welche mit Rücksicht auf die bei Morphinisten meist bestehende psychopathische Anlage angeborene Disposition und sekundäre Wirkungen des Abusus auseinanderzuhalten hat (vgl. die Ausführungen über den Charakter des Morphinisten im Kapitel Psychopathie).

9. Infektions- und Intoxikationspsychosen im engeren Sinne: Amentia.

Wie in der ätiologischen Übersicht auseinandergesetzt wurde, sind somatische Erkrankungen zuweilen von Geistesstörungen begleitet, die als mittelbarer oder unmittelbarer Effekt des körperlichen Krankheitsprozesses angesehen werden[1]). Hierher gehören die meisten akuten Infektionskrankheiten, wie Pneumonie, Influenza, Typhus, Polyarthritis, Erysipel usw. Ferner chronische Leiden wie Tuberkulose, Erkrankungen des Stoffwechsels, wie Basedow, Ne-

---

[1]) Vgl. besonders: Bonhoeffer K., Die symptomatischen Psychosen. Leipzig 1910, und: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Leipzig 1912.

Digitized by Google

phritis, endlich zur Kachexie führende Erkrankungen, wie Karzinom. Eine besondere Bedeutung haben naturgemäß die im Anschluß an das Puerperium auftretenden Geistesstörungen die sogenannten Generationspsychosen (Graviditäts-, Puerperal-, Laktationspsychose, die teils als Infektions-, teils als Erschöpfungspsychosen aufzufassen sind.

Da nur ein gewisser Prozentsatz der an einem dieser Leiden erkrankten Individuen psychische Störungen zeigt, ist es klar, daß an dem Zustandekommen der Geistesstörung mehrere Ursachen beteiligt sein müssen: Disposition, Stärke der Intoxikation bzw. Erschöpfung und psychische Momente.

Aus verschiedenen Gründen kann aus dieser Gruppe die sogenannte Basedowpsychose herausgehoben werden; 1. weil besonders innige Beziehungen zwischen der Stoffwechselerkrankung und der Psychose bestehen derart, daß psychische Anomalien in irgendeiner Form geradezu zum Wesen des Basedow gehören und 2., weil die augenfälligen Merkmale der somatischen Erkrankung den diagnostischen Weg ohne weiteres vorschreiben. Nach unseren früheren Ausführungen besteht hier die diagnostische Aufgabe wesentlich darin, endogene wohl auf gleicher Anlage wie der somatische Prozeß beruhende psychische Störungen (manisch-depressives Irresein und Hysterie) von exogenen psychischen Störungen zu unterscheiden (Amentia), die als sekundäre Wirkung der Anlage durch die so bedingte Stoffwechselerkrankung aufzufassen sind.

Für alle anderen erwähnten Krankheiten ist zunächst die Frage aufzuwerfen, ob sie zu spezifischen psychischen Symptomen führen, derart, daß man aus der Geistesstörung die zugrunde liegende somatische Erkrankung erkennen kann. Diese Frage ist im allgemeinen zu verneinen, wenn es auch für manche besonders genau studierte Erkrankungen gelingt, bei den sie begleitenden Psychosen einzelne charakteristische Züge zu ermitteln, welche auf die Natur des Krankheitsprozesses zurückzuführen sind, so kann man doch sagen, daß im allgemeinen heute allein aus der Psychose der somatische Prozeß nicht erschlossen werden kann.

Eine zweite Frage ist, welche Psychosen überhaupt bei diesen somatischen Prozessen auftreten. Die Erfahrung hat besonders innige Beziehungen zwischen somatischer Erkrankung (Infektion, Intoxikation, Erschöpfung) und der sogenannten halluzinatorischen Verwirrtheit (Amentia) ergeben, so daß diese als spezifische Infektions-, Intoxikations- oder Erschöp-

Digitized by Google

fungspsychose bezeichnet werden kann, spezifisch in dem Sinne, daß dabei dem somatischen Prozeß das Übergewicht in der Reihe ätiologischer Momente zukommt. Für andere Psychosenformen haben sich viel lockerere Beziehungen ergeben, so daß die somatische Ursache sich dort als Auslösung einer bereits angelegten und in einzelnen Zügen meist früher schon nachweisbaren Geistesstörung darstellt. Ferner ist die Tatsache festzustellen, daß die halluzinatorische Verwirrtheit überwiegend im Zusammenhang mit einem derartigen Zustande auftritt. Daraus ergibt sich, daß diese Diagnose eine eigentümliche prognostische Stellung beansprucht, und daß sie für die Beurteilung des somatischen Zustandes heuristische Bedeutung gewinnen kann, weil wir unter Umständen dadurch vor die Frage gestellt werden, ob im besonderen Falle ein somatischer Prozeß vorliegt. Bei genügender Erfahrung kann ein solcher geradezu zum Postulat für die vollständige Einschätzung des Krankheitsbildes werden, so namentlich bei Psychosen, die im Inkubationsstadium einer Infektionskrankheit bei noch unausgesprochener somatischer Symptomatologie auftreten (die sogenannten Inkubationspsychosen). Für die Diagnose ergibt sich die Aufgabe, die Amentia von anderen Krankheitsformen mit ähnlicher Symptomatologie zu unterscheiden. Die Ätiologie fällt dabei namentlich dann ins Gewicht, wenn eine Entwicklung der psychischen Störungen mit Zunahme des somatischen Prozesses verfolgt werden kann. In besonders geeigneten Fällen können auf diese Weise einzelne Stadien der Amentia unterschieden werden. Im Beginn der Erkrankung oder bei leichterer Affektion ist Müdigkeit festzustellen, Erschwerung der Auffassung, welche nur unter besonders günstigen Umständen (größere Reizstärke oder willkürliche Anspannung der Aufmerksamkeit) mit einiger Schärfe gelingt, Vergessen von nicht genügend klar und deutlich erfaßten Eindrücken, depressive Stimmung, Insuffizienzgefühl; hierzu treten eine Reihe subjektiver Beschwerden, Kopfschmerz, asthenopische Beschwerden, welche die vom somatischen Prozeß abhängigen Empfindungen ergänzen.

In schwereren Fällen treten die subjektiven Beschwerden hinter den objektiven, die psychotischen Charakter gewinnen, zurück: psychische und motorische Hemmung, die sich bis zum Stupor steigern kann, Verlust der Orientierung, ängstliche Depression, Ratlosigkeit, Illusionen und Halluzinationen, von denen

Digitized by Google

letztere gewöhnlich das Zustandsbild beherrschen und eine zeitweilige wahnhafte Umdeutung der Außenwelt bedingen. Derartige Fälle zeigen meist auch gesteigerte Motilität bis zu tobsüchtigem Verhalten, mit agressiver Tendenz gegen die Umgebung und Gefahr der Selbstbeschädigung. Von diagnostischer Bedeutung ist, daß der Zustand klinisch in Exazerbationen und Remissionen verläuft, Halluzinationen, Wahnideen, motorische Erregung von Zeit zu Zeit zurücktreten, um einem anscheinend normalen Verhalten, in dem die psychasthenischen Symptome vorwiegen, Platz zu machen.

Zustandsbilder, in denen die erwähnten Symptome in schwerster Form (furibunde Erregung) auftreten, werden als Delirium acutum bezeichnet und gelten mit Recht als prognostisch infaust. In zahlreichen Fällen ist hier hohe Fiebersteigerung, Kollaps und letaler Ausgang zu beobachten. Es sei hier gleich bemerkt, daß das Delirium acutum ein nicht völlig klares Zustandsbild vorstellt, das heute noch als eine besondere, und zwar ungünstige Verlaufsform verschiedener Krankheiten u. a. der Paralyse und Katatonie gelten muß.

Wie bei der letztgenannten Verlaufsform kommen auch in allen anderen Stadien der Amentia Katatonie und progressive Paralyse, häufig auch Manie differentialdiagnostisch in Betracht. Der somatische Prozeß kann bei dieser Überlegung natürlich nicht ins Gewicht fallen, da ja eben zu entscheiden ist, ob die betreffende Psychose durch ihn nur ausgelöst wurde oder in engerer ursächlicher Beziehung zu ihm steht. Zu beachten ist sowohl Symptomatologie als Verlauf. Gegenüber der Katatonie ist die Art der motorischen Erscheinungen ins Treffen zu führen. Man findet wohl bei der halluzinatorischen Verwirrtheit viele motorische Erscheinungen, welche mit jenen der Katatonie weitgehende Ähnlichkeit haben, sie sind aber bei der Amentia nur vorübergehend, einem viel stärkeren Wechsel als bei der Katatonie unterworfen und beherrschen nie das Zustandsbild. Ferner ist der Intellekt zu berücksichtigen. Symptome von Schwachsinn, die nicht etwa durch Anlage des Individuums erklärt werden können, sind ausschlaggebend für die Diagnose eines zur Demenz führenden Prozesses, wie Dementia praecox, progressive Paralyse.

Die Unterscheidung von der Paralyse macht in der Regel geringe Schwierigkeiten. Sie kann jedesmal durch die vier Reaktionen

Digitized by Google

vollkommen gesichert werden. Wie bei allen Geistesstörungen bei Erwachsenen gegen das 40. Lebensjahr ist baldige Prüfung des Blutserums auf Luesantigene angezeigt.

Bei der Unterscheidung von Manie ist namentlich auf das Verhältnis von Halluzinationen zur Stimmung zu achten. Es ist sicher, daß Manie mit Halluzinationen einhergehen und bei der Amentia die Stimmung stark euphorisch gefärbt sein kann, aber das Wesen des Prozesses ist in beiden Fällen anders. Bei der Manie ist die Euphorie dauernd, die Größenideen sind von längerem Bestande als bei der Amentia und nicht wie bei dieser von Halluzinationen diktiert. Die Verwirrtheit ist ein nicht zur typischen Manie gehöriges Symptom und deshalb fand die von einzelnen Autoren aufgestellte, verworrene Manie keine Anerkennung.

Von größter Wichtigkeit kann die Verfolgung der Entwicklung des Krankheitszustandes selbst und die Erhebung der Anamnese über das frühere psychische Verhalten des Individuums werden. Handelt es sich um Auslösung einer Katatonie oder Manie durch den somatischen Prozeß, dann sind in der Anamnese meist noch weitere psychische Symptome aus dem früheren Dasein zu erheben: Anomalien zur Zeit der Pubertät, wie Nachlassen der Geisteskräfte, Stimmungsschwankungen beim manisch-depressiven Irresein.

Eine umstrittene Frage bildet noch die Auffassung von typischen Zustandsbildern halluzinatorischer Verwirrtheit im Verlaufe des manisch-depressiven Irreseins, zumal wenn solche Phasen im Anschluß an exogene Krankheitsursachen auftreten. Entscheidend für die Auffassung derartiger Zustandsbilder ist das affektive Verhalten der Kranken und der Verlauf der einzelnen Phase.

Nach diesen Ausführungen kann die Frage, ob auch eine reine, also nicht durch exogene Ursachen bedingte Amentia existiert, kurz erledigt werden. Wir sind derart gewöhnt, die Amentia nur als symptomatische Psychose auftreten zu sehen, daß wir bei mangelndem somatischen Prozeß ganz besonders vorsichtig die Frage erwägen, ob die halluzinatorische Verwirrtheit nicht eine Krankheitsphase im Verlaufe einer anderen Psychose, wie manisch-depressives Irresein und Katatonie, vorstellt. Neben den öfter erwähnten motorischen Symptomen und dem affektiven Verhalten ist insbesondere nach

Digitized by Google

dem Vorhandensein schizophrener Symptome zu fahnden und die Entscheidung einer längeren Verfolgung des psychischen Verhaltens der gesamten Persönlichkeit zu überlassen. Praktisch wichtig ist die Beobachtung, daß bei chronischen Psychosen (Dementia praecox, Paralyse) interkurrente fieberhafte Erkrankungen zu einer vorübergehenden Besserung des Zustandsbildes (Luzidität, relativ geordnetes Verhalten, größere Zugänglichkeit) führen.

Besondere Schwierigkeiten bieten der diagnostischen Bewertung jene Psychosen, welche bei Chorea minor zu beobachten sind, weil diese am häufigsten zur Zeit der Pubertät auftreten und von motorischen Störungen, die mit jenen der Katatonie und Hebephrenie Ähnlichkeit haben, begleitet sind. An sich können die Choreapsychosen zu den gutartigen gezählt werden; symptomatologisch findet man meist den Amentiatypus vertreten, wobei dem Krankheitsbilde besondere, durch den zugrunde liegenden Prozeß bedingte Züge beigemengt sind: Störungen der Aufmerksamkeit, die man als Initialsymptom fast niemals vermißt, und zwar selbst in Fällen, die sich nicht zu einer Psychose entwickeln, geringe Ansprechbarkeit der Motilität, Mangel spontaner Bewegungen, apathisches Verhalten, in einzelnen Fällen findet sich dagegen eine affektive Veränderung, die an das manisch-depressive Irresein erinnert. Für die Annahme, daß eine Kombination von Chorea und Katatonie oder Hebephrenie vorliegt, wird man sich nur bei ganz sicheren Symptomen von Dementia praecox entscheiden dürfen. Besonders fällt für die Diagnose auch der Verlauf ins Gewicht, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß der Beginn der psychischen Störungen vielfach nicht streng mit den motorischen Symptomen der Chorea zusammentrifft. Immerhin tritt aber bei reinen Choreapsychosen ein Parallelismus der psychischen Symptome mit dem Gesamtbefinden zutage.

10. Psychosen nach traumatischen Gehirnschädigungen.

Von den nach Kopftraumen auftretenden psychischen Störungen beansprucht die zum Wesen der Commotio cerebri gehörende Benommenheit oder der nach groben anatomischen Gehirnläsionen zu beobachtende geistige Defekt kein weiteres

Digitized by Google

diagnostisches Interesse. Die traumatische Neurose und traumatische Epilepsie sind in anderen Kapiteln besprochen. Hier ist namentlich auf die nach Schädeltraumen sich entwickelnden akuten Psychosen und chronischen Defektzustände einzugehen. Erstere zeigen vorwiegend den Amentiatypus und lassen, da sie dem Trauma unmittelbar folgen, keinen Zweifel über den ätiologischen Zusammenhang zu. Das typische traumatische Delirium hat mit der Amentia auch den raschen Verlauf und benignen Ausgang gemein. Mehr weniger abgegrenzte Amnesien sind den traumatischen Psychosen besonders eigen; derartige Gedächtnisausfälle sind in der Regel retrograd und treten auch ohne ausgeprägtere psychotische Symptome auf. Weit schwieriger ist die traumatische Demenz zu bewerten, weil bisher noch keine sichere symptomatologische Abgrenzung derartiger Zustände gegeben wurde. Infolgedessen ist in jedem Falle der klinisch-ätiologische Weg zu gehen und Art sowie zeitliche Entwicklung der Symptome zu verfolgen. In der Mehrzahl der Fälle wird dabei die Übereinstimmung mit irgendeinem bekannten Krankheitsbilde, Katatonie, Hebephrenie, arteriosklerotische Demenz, Paralyse hervortreten, so daß das Trauma als auslösendes Moment oder konkurrierende Ursache in Frage kommt. Ergibt die Anamnese, daß Züge der Krankheit dem Trauma vorangingen, dann ist die Möglichkeit einer so bedingten Verschlimmerung zu erwägen. Erscheint die Demenz im Hinblick auf die bekannten Psychosen atypisch und bleibt sie stationär, dann wird die Annahme einer rein traumatischen Demenz an Wahrscheinlichkeit gewinnen (vgl. auch die allgemeinen Ausführungen S. 99).

11. Psychosen bei Krankheiten der Zentralorgane.

Bei Besprechung der beim Tumor cerebri zu beobachtenden psychischen Störungen müssen wir zunächst hervorheben, daß spezifische Symptome oder Symptomgruppierungen hier nicht unterschieden werden können, so daß es also eine Tumorpsychose nicht gibt. Dabei ist aber der Tumor cerebri in der Mehrzahl der Fälle von psychischen Störungen begleitet. Er entzieht sich meist nur dann der Kenntnis, wenn charakteristische Symptome einer bestimmten Psychose vorliegen.

Digitized by Google

Die beim Tumor cerebri zu beobachtenden Symptome lassen sich aus praktischen Gründen einteilen in solche allgemeiner Natur, wie Benommenheit, Schlafsucht, apathisches Verhalten, Störungen der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Derartige Krankheitszeichen werden stets an das Vorhandensein eines organischen Prozesses, Arteriosklerose, progressive Paralyse, Urämie, Tumor cerebri, Hirnabszeß usw. denken lassen und haben sich vielfach als heuristisches Prinzip bewährt. In eine zweite Reihe sind jene Symptome zu stellen, welche als Lokalzeichen gelten können. Den größten Wert beanspruchen in dieser Hinsicht Halluzinationen auf einem Sinnesgebiet, umstritten ist dagegen noch die Bedeutung intellektueller Defekte, Charakterveränderung und moriatischen Verhaltens als Symptome einer bestehenden Stirnhirnläsion.

Endlich ist zu erwähnen, daß beim Tumor cerebri auch Symptomenkomplexe zu beobachten sind, die charakteristischen Psychosen entsprechen, wie Katatonie und manisch-depressives Irresein, so daß an eine Auslösung einer derartigen Psychose bei bestehender Disposition zu denken ist. Entscheidend ist der klinische Verlauf, in dem schon nach kurzer Zeit die erwähnten allgemeinen Tumorsymptome in den Vordergrund treten. Auf die Beziehungen zur Epilepsie wird später noch einzugehen sein.

Nach apoplektischen Insulten sind wie begreiflich, keine einheitlichen psychischen Störungen zu beobachten. Es ist bisher noch nicht gelungen, das als apoplektische Demenz bezeichnete Zustandsbild aufzulösen und die Komponenten, nämlich psychische Konstitution, senile und arteriosklerotische Demenz, Gehirndefekte in ihrer symptomatologischen Bedeutung voneinander abzugrenzen.

Die Symptomatologie gestaltet sich sehr variabel: affektive Veränderungen, Euphorie, Depression, Apathie, Halluzinationen, mehr-weniger systematische Wahnbildung, Delirien namentlich zu Beginn des Insultes, Intelligenzdefekte, Ausfälle an Gedächtnis und Merkfähigkeit. Für die klinische Deutung des Falles, nämlich Feststellung der Natur der Apoplexie (Arteriosklerose, Vitium cordis, Gefäßlues, Tumor cerebri, multiple Sklerose, Paralyse) ist die somatische und neurologische Untersuchung, sowie die 4 Reaktionen entscheidend. Die Psychose kann nur symptomatisch bewertet werden.

Digitized by Google

Die multiple Sklerose wird in ihrem Anfangsstadium vielfach als Hysterie angesprochen. Anlaß dazu gibt der oft nur flüchtige Charakter ihrer Initialsymptome und der bekannte Wechsel im Zustandsbild der multiplen Sklerose. Irrtümer sind einerseits durch eine prägnantere Fassung des Hysteriebegriffes, andererseits durch genaue neurologische Untersuchung zu vermeiden. Eine gewisse Bedeutung für die Diagnostik kann vielleicht die bei der multiplen Sklerose häufig zu beobachtende sexuelle Erregung beanspruchen. Von allergrößter diagnostischer Bedeutung ist die manchmal vorhandene Pleozytose und Eiweißvermehrung im Liquor, ihr Nachweis fordert strengste Kritik aller funktionellen Symptome, denen dann nur noch sekundäre Bedeutung zukommt.

Die hochgradige intellektuelle Schwäche, die bei einzelnen fortgeschrittenen Fällen besteht, kann zur Verwechslung mit anderen organischen Prozessen im Cerebrum führen. In Betracht kommt namentlich die progressive Paralyse dann, wenn die Sprachstörung der multiplen Sklerose unscharf hervortritt. Wenn die anderen somatischen Symptome im Stiche lassen, ist die Entscheidung immer durch die vier Reaktionen zu erbringen.

Die Chorea Huntington ist in der Mehrzahl der Fälle von psychischen Störungen begleitet. Als solche sind depressive Verstimmung mit taedium vitae, relativ frühes Auftreten von Wahnideen, die meist persekutorischen Charakter haben, anzuführen. Vielfach werden auch Eifersuchtsideen produziert, wobei an die Kombination mit Alkoholismus zu denken ist. Den Wahnideen entsprechen Halluzinationen vorwiegend visueller Natur. Ein gemeinsamer Zug, der bei Chorea Huntington auftretenden Psychosen ist der Ausgang in Demenz. Intellektuelle Ausfälle machen sich schon frühzeitig geltend: Störung der Aufmerksamkeit, Ermüdbarkeit, Abnahme der Kritik und der intellektuellen Leistungsfähigkeit, Gedächtnisstörungen. Oft ist auch eine gemütliche Verödung und Charakterveränderung auffällig, Neigung zu Potus usw. Der Grad der Geistesschwäche kann so hoch sein, daß selbst eine Verwechslung mit Paralyse in Frage kommt, die durch die vier Reaktionen sicher vermieden werden kann. Die Unterscheidung von seniler und postapoplektischer Chorea ergibt sich schon aus der Anamnese. Auch das familiäre Auftreten ist diagnostisch verwertbar.

Digitized by Google

12. Dementia paralytica progressiva.

Für die Diagnose der progressiven Paralyse ist der Gesichtspunkt maßgebend, daß diesem Leiden ein (meta-)luischer Prozeß zugrunde liegt, der zu ausgesprochenen somatischen, neurologisch nachweisbaren Cerebralsymptomen und zu einer relativ rasch fortschreitenden psychischen Verödung führt.

Die Anamnese berücksichtigt zunächst die Erfahrung, daß die Krankheit in der Regel in den 40er Jahren (35—50) ausbricht und nur selten im Kindes- und Greisenalter anzutreffen ist; ferner, daß aus ätiologischen Gründen Männer häufiger (etwa 3—4 mal) als Frauen erkranken. Die Anamnese muß in erster Linie auf den Nachweis luischer Infektion gerichtet sein. Ist diese nicht direkt festzustellen, dann muß nach sicheren Symptomen gefragt werden. (Abortus, Kindersterblichkeit, Hauterscheinungen der Neugeborenen). Große Wahrscheinlichkeit gewinnt die Annahme Paralyse, wenn von Anfällen berichtet wird, die in den 40er Jahren zuerst einsetzten und einen epileptiformen Charakter tragen. Geradezu typisch sind flüchtige Lähmungen und Sprachstörungen gleicher Art. Die Exploration nach psychischen Symptomen wird von der Kenntnis der eigentümlichen Veränderungen geleitet, welche bei der Paralyse auftreten und später zu besprechen sind.

Eine Unterstützung erhält die klinische Beobachtung durch die Anamnese über die sonst schwer festzustellende Verhaltungsweise des Individuums unter den relativ hohen Ansprüchen der Außenwelt an seinen Intellekt und an sein gemütliches Verhalten. Hier ist bei der Paralyse häufig ein deutliches Zusammenbrechen festzustellen, rasch eintretender Ausfall intellektueller Leistungen, grobe Verstöße gegen Sitte und Ordnung, sexuelle Vergehen usw. Zu achten ist insbesondere auf eine relativ rasch einsetzende und durch äußere und innere Bedingungen nicht zu erklärende Änderung im Charakter, im gemütlichen und moralischen Verhalten und der intellektuellen Leistungsfähigkeit.

Die Symptomatologie der Paralyse zeigt eine starke Polymorphie. Die meisten psychotischen Symptome können bei ihr auftreten; sie verraten aber ihre Zugehörigkeit zu der Paralyse für die feinere Analyse durch einen Zug der Demenz, die

Digitized by Google

das Wesen des zum Zerfall des psychischen Individuums führenden Krankheitsprozesses erkennen läßt.

Wahnideen, welche Paralytiker produzieren, entstammen nie einem ausgebildeten System. Sie zeigen meist einen ganz durchsichtigen Mechanismus, sind wenig konsequent, verraten keine Spuren von Beteiligung des Verstandes an ihrem Zustandekommen. Sie werden vielfach nur der momentanen Situation entsprechend gebildet, sind wechselnd, beeinflußbar. Typisch ist der paralytische Größenwahn, der bei expansiver Stimmung mindestens angedeutet ist und oft genug zu megalomanischen Handlungen führt, die für die Umgebung das erste Signal der Krankheit sein können. In ausgeprägten Formen sind maßlose phantastische Produktionen vorhanden, welche im vollen Widerspruch zur Wirklichkeit und zu jedem Denken stehen und den Zerfallsprozeß erkennen lassen.

Ähnlich sind die Verkleinerungs- oder die hypochondrischen Vorstellungen depressiver Paralytiker charakterisiert. In beiden Fällen handelt es sich um sekundäre Wahnideen auf der Basis einer pathologisch veränderten Stimmung. Die Euphorie beim manischen oder expansiven Zustand der Paralyse zeigt wenig von der Produktivität, welche wir bei Individuen finden, die bei ungestörtem Intellekt an der entsprechenden affektiven Verstimmung leiden. Meist handelt es sich um geistlose Produkte, eine Motivierung der euphorischen Stimmung ist ebenso zu vermissen, wie bei der paralytischen Depression, die niemals zu derartigen Gedankenprodukten führt, wie die Depression oder Angst der Melancholiker. Im übrigen ist das affektive Leben der Paralytiker dahin zu charakterisieren, daß im Initialstadium sich bereits eine Einbuße an höheren, sozialen, ästhetischen, ethischen Regungen geltend macht. Von den früher bereits besprochenen affektiven Schwankungen abgesehen, findet allmählicher Verfall zur typischen dementen Euphorie statt, bei der die Patienten ein gleichmäßig-heiteres Verhalten zeigen, sich über einfache Reize, namentlich soweit sie körperlichen Bedürfnissen entgegenkommen, freuen oder stumpf dahinvegetieren.

Den Kern der Geisteskrankheit treffen wir, sobald wir auf die Prüfung der intellektuellen Funktionen eingehen. Als wesentliches Merkmal der Paralyse ist die Unfähigkeit zu bezeichnen, die durch ein bestimmtes Motiv angeregten Bewußtseins-

Digitized by Google

elemente, wie Vorstellungen und Gedanken zu voller Klarheit zu erheben und zueinander in logische Beziehung zu setzen. Dieser Defekt tritt bei jeder Untersuchung zutage, die von der Prüfung der gewohnheitsmäßigen Reproduktion zum Denken emporsteigt. Besonders klar ist das Ergebnis bei der Gedächtnisuntersuchung; wir finden dabei zunächst im Gegensatz zu der populären Anschauung die Merkfähigkeit meist relativ wenig betroffen. Eindrücke, welche einmal erfaßt sind, können oft noch nach Monaten reproduziert werden, dagegen leidet die Auffassung stark, welche schon bei einigermaßen kompliziertem Materiale versagt. Die Exposition von Bildern läßt erkennen, daß Paralytiker, welche noch relativ viel Einzelbestandteile aufzunehmen vermögen, in der Zusammenfassung und Vereinheitlichung der Eindrücke gestört sind. Ähnlich ist das Ergebnis der Gedächtnisversuche; das einmal aufgefaßte Material wird lange behalten, aber der Erwerb stößt auf die größten Schwierigkeiten, auch wo das Material an sich keine Anforderungen an den Intellekt stellt, sind Paralytiker nicht imstande, die erforderliche geistige Energie aufzubieten, welche dazu gehört, um etwa eine längere Zahlenreihe zu übersehen. Ferner fehlt es beim Lernen an der Kritik für die begangenen Fehler, was zur Folge hat, daß immer wieder die gleichen begangen werden und über einen bestimmten Punkt hinaus kein Fortschritt mehr stattfindet. Noch deutlicher kommt die Störung zum Vorschein, wenn im Inhalt des Lernmateriales Schwierigkeiten gegeben sind, etwa beim Lernen komplizierter Prosastücke oder Gedichte. In leichteren Fällen wird erst eine unverhältnismäßig große Arbeit dazu verwendet, den Sinn des Gelesenen zu erfassen, in schwereren fehlt es überhaupt an der nötigen Einstellung; die Individuen reproduzieren bloß Worte, welche ihnen beim geistlosen Lesen aufgefallen sind und ergänzen sie durch die nächstbeste Vorstellung. Wiederholtes Lesen bringt keinen oder nur geringen Fortschritt; die einmal gegebene falsche Reproduktion wird fixiert, ein Vergleich des Gesagten mit dem zu Behaltenden findet nicht statt. Geradezu diagnostisch verwertbar sind die Verlesungen, welche die Paralytiker begehen. Unvollständig gelassene oder vom Kranken nur teilweise erfaßte Worte werden ohne Rücksicht auf Sinn und Zusammenhang ergänzt und dieses Produkt keiner weiteren Korrektur unterworfen.

Digitized by Google

Bei jeder Art von Intelligenzprüfung zeigt der paralytische Schwachsinn Kritiklosigkeit des Urteils, Antworten ohne Überlegung, mangelnde Korrektur evidenter Fehler. Die Antworten werden aus der jüngsten Erfahrung gewählt, soweit sie auf den Kranken bei seinem beschränkten und auf das unmittelbare Bedürfnis gerichteten Interessenkreis Eindruck gemacht hat. Dieser Zug, die gewöhnlichsten Erlebnisse des Alltages vorzubringen, von häuslichen Vorfällen ungeniert und mit Wohlbehagen zu reden, tritt ebenso im Zustande heiterer Verstimmung mit erhöhtem Rededrang als bei der gewöhnlichen Exploration oder im psychologischen Versuche hervor; nur ist im letzteren Falle der Defekt auch in weniger fortgeschrittenen Fällen leichter klarzulegen. Bei jeder Untersuchung ist darauf zu achten, daß Paralytiker darauf eingestellt sind, ihre Defekte, soweit sie ihnen bewußt werden, zu verdecken, was vielfach in plumper Weise geschieht, indem sie etwa auf die Erörterung nicht eingehen, sie als unnötig oder unwesentlich beiseite zu schieben suchen. In ganz krasser Weise tritt diese Tendenz manchmal bei amaurotischen Individuen hervor, die hartnäckig behaupten, alles zu sehen.

Das Handeln des Paralytikers ist durch Mangel von Konsequenz und Berechnung charakterisiert. Im Beginn der Krankheit erscheint es zerfahren, das Können bleibt hinter dem Wollen zurück. Dieses ist insbesondere bei der expansiven Form weitgreifend phantastisch, die Kräfte weitaus überschätzend. Die tatsächlichen Leistungen lassen bald die Unfähigkeit und den rasch fortschreitenden Verfall erkennen. Mit zunehmender Demenz tritt der Einfluß der Überlegung immer stärker gegenüber den durch die Sitution gegebenen Antrieben zurück, so daß schließlich allein der gegenwärtige Eindruck und der momentane Einfall bestimmend wird, ohne daß eine Reflexion auf die Folgen der Handlung stattfindet.

Wie bei den rein intellektuellen Leistungen nach und nach auch längst erworbene Kenntnisse und der gedächtnismäßig beherrschte Besitz, wie Schul- und Berufskenntnisse usw. verfallen, so werden auch die motorisch gut geübten Leistungen allmählich unbrauchbar.

Nach der Gruppierung der psychischen Symptome ist eine Unterscheidung der besonderen Formen der Paralyse vorgenommen worden, von denen insbesondere die Abgrenzung einer expansiven und einfach dementen Form geläufig ist. Erstere ist durch

Digitized by Google

das früher beschriebene gemütliche und motorische Verhalten charakterisiert.

Die körperlichen Symptome sind für die Erkennung der Paralyse von solchem Gewicht, daß eine nicht auch durch sie gestützte Diagnose keine Überzeugungskraft hat. Hervorgehoben seien namentlich die Pupillenstörungen. Differenzen in Größe und Form beider Pupillen, Erlöschen der Lichtreaktion (reflektorische Pupillenstarre, direkt und konsensuell) bei erhaltener Akkomodationsreaktion zählen zu den sichersten Symptomen der Paralyse. In einem geringen Prozentsatz der Fälle ist allerdings auch die Akkomodationsreaktion gestört; erwähnt seien noch: Paresen des unteren Facialis, Hypoglossus der Augenmuskeln, der paralytische Anfall, der mit Bewußtseinsverlust, tonischen und klonischen Krämpfen der Gesichts- und Körpermuskulatur einhergeht und meist nur für kürzere Zeit persistierende Lähmungen, sowie aphasische und apraktische Ausfälle im Gefolge hat. Besonders charakteristisch sind auch die Sprach- und Schriftstörungen der Paralytiker, Verwaschensein der Laute, Silbenversetzung = Silbenstolpern, Flüchtigkeit und Unregelmäßigkeit der Schriftzüge, Silbenversetzung beim Schreiben (Fig. 2 S. 35). Von Bedeutung ist das Vorhandensein tabischer Symptome, wie Fehlen der Patellarreflexe, Optikusatrophie, organische Sensibilitätsstörungen. Eine solche Kombination von Symptomen ist bei gleichzeitigem Bestehen von Tabes und Paralyse (Taboparalyse) vorhanden. In selteneren Fällen kann der allgemeine Prozeß gegenüber einzelnen Lokalsymptomen zurücktreten. Es handelt sich dabei um die sogenannten atypischen (Lissauerschen) Paralyseformen, bei denen zunächst eine Herderscheinung, wie kortikale Lähmung, Aphasie usw. die Aufmerksamkeit auf sich lenkt und das Zustandsbild beherrscht.

Der somatische Befund wird durch die vier Reaktionen vervollständigt. Der typische Ausfall derselben bei der Paralyse ist: 1. positive Wassermannsche Reaktion im Blut. Im Liquor: 2. Pleozytose, 3. Phase-I-Reaktion positiv, 4. Wassermannsche Reaktion meist schon bei einfacher Dosis (0·2) positiv.

Das praktische Bedürfnis machte es erforderlich, im Verlauf der Paralyse mehrere Stadien abzugrenzen: Initial-, Höhe-, Terminalstadium. Das Initialstadium zeigt die psychischen Funktionen des Individuums noch relativ wenig beeinträchtigt. Das Zustands-

Digitized by Google

bild hat eine oberflächliche Ähnlichkeit mit schwerer Neurasthenie; häufig besteht hier eine gewisse Krankheitseinsicht, die allerdings selten der Schwere des Prozesses entspricht. Anamnese und Untersuchung ergibt meist schon hier sichere Ausfälle im Gemütsleben und in den intellektuellen Leistungen. Auch die somatischen Befunde sind vielfach bereits im Initialstadium eindeutig (Lichtstarre der Pupillen). Die vier Reaktionen werden hier schon positiv gefunden und sind darum für die frühzeitige Erkennung der Paralyse von besonderem Wert.

Das Höhestadium zeigt die volle Ausprägung der früher besprochenen Krankheitssymptome. Im Terminalstadium sind schwere psychische Defekte vorhanden: intellektuelle und gemütliche Verödung, stumpfe Euphorie, apathisches Verhalten. Im Vordergrunde stehen aber meist die somatischen Störungen, körperlicher Verfall, Lähmungen, Kontrakturen, Blasenstörungen, Dekubitus usw.

Von praktisch wichtigen Verlaufsformen der Paralyse ist die Remission und der Stillstand zu erwähnen. Erstere kommt relativ häufig bei expansiven Fällen vor; die Affektanomalie tritt zurück, das gemütliche Leben wird gleichmäßiger, schwerere gemütliche Defekte machen sich nicht mehr geltend. Die Stimmung ist meist leicht gehoben, die Individuen erscheinen wieder klar und über ihre persönlichen Verhältnisse orientiert. Sie imponieren den Angehörigen vielfach wieder als gesund, nehmen wohl auch ihre frühere Arbeit wieder auf und sind, soweit reproduktive Funktionen in Frage kommen, in beschränktem Maße leistungsfähig. Volle Krankheitseinsicht wird aber nicht gewonnen, der frühere Zustand ziemlich kritiklos beurteilt. Die objektive Untersuchung weist deutlich das Vorhandensein intellektueller Einbuße nach. Der somatische Befund zeigt keine Änderung.

Beim Stillstand der Paralyse handelt es sich lediglich um eine Unterbrechung der Progredienz und Verbleiben auf dem bestehenden Defekte („stationäre Paralyse"). Die psychotischen Symptome treten zurück, das äußere Verhalten wird geordnet, einfachere Handlungen, die keinen Anspruch an die Intelligenz stellen, können vollzogen werden. Die Wassermannsche Reaktion wird manchmal schwächer positiv, ganz selten sogar negativ. Der Fortschritt macht sich später in der Regel mehr auf somatischem Gebiete geltend. Vielfach ändert ein paralytischer Anfall das Bild,

Digitized by Google

Differentialdiagnose. Von den wesentlich in Betracht zu ziehenden psychischen Störungen fand das manisch-depressive Irresein bereits Erwähnung. Auch die Differentialdiagnose gegenüber der Neurasthenie und paranoiden Erkrankungen wurde angedeutet. Ernstere Schwierigkeiten kann die Unterscheidung jugendlicher Paralyse von der Dementia praecox bieten, da bei letzterer ja ebenfalls manchmal rasch geistiger Verfall eintritt. Maßgebend ist der neurologische Befund, sowie die vier Reaktionen. Bei positivem Wassermann im Blute wird der Lumbalbefund darüber entscheiden, ob hereditäre Lues mit intellektuellen Defekten oder progressive Paralyse vorliegt. Von rein psychischen Symptomen ist namentlich auf den tiefer gehenden intellektuellen Defekt bei der Paralyse zu achten. Bei der Dementia praecox bleiben die in der Jugend erworbenen Kenntnisse viel länger intakt.

Die selten im Senium auftretende Paralyse, die hier meist einen ziemlich langsamen Verlauf nimmt, unterscheidet sich von der senilen Demenz durch den anders gearteten Intelligenzdefekt. Bei der somatischen Untersuchung ist zunächst der Pupillenbefund vorsichtig zu bewerten, weil im Senium die Lichtreaktion abnimmt. Doch ist hier kaum je Differentwerden der Form (Anisocorie) sowie Änderung der Gestalt oder die bei Paralyse häufige Mydriasis zu beobachten; ferner können Sprachstörungen durch unerkannte apoplektische Anfälle Schwierigkeiten bereiten. Der serologische Befund ist bei der Diagnose Paralyse im Senium stets heranzuziehen.

Eine Verwechslung von Tabespsychosen mit Paralyse kann darum unterlaufen, weil man geneigt ist, bei reflektorischer Pupillenstarre und psychischen Störungen irgendwelcher Art an Paralyse zu denken. Meist führt hier aber schon die psychische Untersuchung zum Ziele. Paranoide Symptome, die bei der Tabespsychose fast immer auftreten, sind in dieser Form bei der Paralyse fast nie zu beobachten; ferner führt die Tabespsychose nie zu derartigem intellektuellen Verfall wie die Paralyse.

Über die Differentialdiagnose von chronischem Alkoholismus und Paralyse ist alles mit der Erwähnung der Tatsache gesagt, daß vor Kenntnis der vier Reaktionen in der Literatur und Praxis öfters von Alkoholparalyse die Rede war, eine solche aber jetzt nicht mehr gekannt wird. Die Verwechslung wird

Digitized by Google

dadurch leichter, daß Alkoholismus zu Pupillen- und Sprachstörungen (Lippenbeben, Unsicherheit der Artikulation aber kein Silbenstolpern) sowie zur Demenz führt, die manchmal auch einen schwereren Grad erreicht.

Die größte Schwierigkeit für die Differentialdiagnose bietet die Lues cerebri. Wir finden sie teils unkompliziert als Demenz ohne wesentliche psychische Störungen, teils durch verschiedene psychotische Symptome kompliziert. Fehldiagnosen werden nach demselben Mechanismus wie bei der Tabes gestellt; nur tritt hier noch erschwerend hinzu, daß die Lues cerebri ein zur Demenz führender Prozeß ist und manchmal Symptome erzeugt, die als spezifisch paralytische gelten, so Gedächtnisstörungen, Intelligenz- und Gefühlsdefekte. Dabei ist gleich zu bemerken, daß starke Merkfähigkeitsdefekte bei der Paralyse meist erst im Endstadium auftreten, bei der Lues cerebri auch schon zu einer Zeit, wo andere psychische Störungen noch wenig entwickelt sind. Die Untersuchung geht von der Bewertung psychischer Symptome aus; dabei ist zu beachten, daß die Lues cerebri Symptome erzeugt, die bei der Paralyse nicht vorkommen, wie systematisierte Wahnbildung oder relativ selten sind, wie katatone und schizophrene Symptomenkomplexe. Ferner ist der neurologische Befund von Bedeutung; fehlende Akkomodationsreaktion oder totale Pupillenstarre werden stets an Lues cerebri denken lassen, ebenso die bekannten Symptome basaler Lues und apoplektiforme Erscheinungen mit remanenten Lähmungen. Die vier Reaktionen werden meist zu einer Klärung des Falles führen. Negative Wassermannsche Reaktion im Blut ist für Lues cerebri unter Umständen geradezu beweisend, da bei ihr diese Reaktion in 70—80 %, bei der Paralyse fast in 100 % positiv ist. Phase I und Lymphozytose sind bei beiden Krankheiten positiv. Weiter führt die Erfahrung, daß die Wassermannsche Reaktion im Liquor bei der Paralyse mit geringeren Dosen 0.2, bei der Lues cerebri gewöhnlich erst mit höheren 0.4—1.0 positiv ausfällt. Nicht zu unterschätzen ist auch die Diagnose ex juvantibus. Eine spezifische Therapie führt bei Lues cerebri vielfach eine Besserung der Symptome rasch herbei.

Seltener ist die Differentialdiagnose zwischen Hirntumor und Paralyse zu stellen. Die psychischen Symptome zeigen bei beiden Krankheiten nur ausnahmsweise, zuweilen aber doch ent-

Digitized by Google

schiedene Ähnlichkeit; eine rasch sich entwickelnde Demenz, Apathie, schwere Gedächtnisstörung. Entscheidend ist natürlich der Augenspiegelbefund. Bei fehlender Stauungspapille wird die Lumbalpunktion (bezüglich ihrer Kontraindikation siehe S. 73) die Entscheidung sicher herbeiführen. Wert ist auch auf die Pupillensymptome zu legen, Lichtstarre findet man bei Tumor nur bei totaler Amaurose.

Auch organische Demenzen wie atypische Fälle von multipler Sklerose wurden, ehe man die vier Reaktionen kannte, vielfach mit Paralyse verwechselt.

13. Lues cerebri.

Da dieses Leiden an vielen Stellen des Buches bereits differentialdiagnostisch in Betracht gezogen wurde, kann es sich hier nur darum handeln, diese gelegentlichen Bemerkungen zusammenzufassen und den Gedankengang der Diagnose im allgemeinen zu skizzieren. Aus den früheren differentialdiagnostischen Erörterungen geht hervor:

1. Daß die Lues cerebri im ganzen häufig als konkurrierende Diagnose in Betracht zu ziehen ist.

2. Daß ihre psychischen Erscheinungen symptomatischer Natur sind, daß es also keine spezifischen psychischen Symptome der Lues cerebri gibt.

3. Daß sie in zahlreichen Fällen als Komplikation einer anderen Psychose auftritt und daß ein näherer ätiologischer Zusammenhang nur bei relativ selten zu beobachtenden Psychosen von paranoidem Charakter wahrscheinlich ist.

Daraus können wir den diagnostischen Satz ableiten, daß heute die Diagnose Lues cerebri aus den psychischen Symptomen nicht gestellt werden kann.

Die Symptome, welche die Diagnose Lues cerebri zur Diskussion bringen, sind teils psychischer, teils somatischer Natur, in beiden Fällen aber solche, die als Ausdruck eines cerebralen organischen Prozesses gelten.

Auch die psychischen Symptome gehören der Art dieses Prozesses entsprechend (Gumma, Gefäßlues, Meningitis) verschiedenen Reihen an und sind vom rein klinisch-psychiatrischen Standpunkt in solche zu trennen, die auf das Bestehen eines akut-progredienten cerebralen Prozesses hinweisen, wie Delirien,

Digitized by Google

katatone Symptome, heftige Kopfschmerzen, Bewußtseinstrübungen, Somnolenz, Koma usw. Ferner in solche, die einen chronischen, langsam fortschreitenden oder abgelaufenen Prozeß vermuten lassen, wie schwere und habituelle Störungen der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, intellektuelle und gemütliche Schwäche.

In allen Fällen, wo derartige Symptome hervortreten, ist die Diagnose Lues cerebri mit in Betracht zu ziehen und nach den somatischen Erscheinungen dieses Leidens zu fahnden. Oft sind letztere mit einer gewissen Aufdringlichkeit vorhanden und regen selbst die Diagnose an; dann ist natürlich wieder auf die erwähnten psychischen Symptome zu prüfen. Eine Besprechung der somatischen Zeichen der Lues cerebri gehört nicht in den Rahmen dieses Buches, da sie in das neurologische Gebiet fällt. Hinzuweisen ist hier nur auf die häufig bei verschiedenen Psychosen zu beobachtenden Pupillenstörungen, die auf eine Lues cerebrospinalis zurückgehen, Anomalien in der Form der Pupillen, Anisokorie, Mangel von Akkommodations- und Lichtreaktion (totale Pupillenstarre). Letzteres Moment muß die Diagnose sofort nach der Richtung der Lues cerebri lenken.

Aus der Häufigkeit der Lues cerebri einerseits und der Häufigkeitsskala der Psychosen andererseits ergibt sich die Tatsache, daß die Lues cerebri sehr oft als Komplikation von Dementia praecox gefunden wird. Die Natur beider Prozesse macht der Differentialdiagnose hier keine Schwierigkeiten; solche erwachsen bei der Differentialdiagnose gegenüber der Dementia paralytica, weil beide Krankheiten für gewöhnlich im gleichen Lebensalter zur Entwicklung kommen, beide zu psychischen Defekten und zu Nervensymptomen führen, die zwar in vielen Fällen eine nur äußere Ähnlichkeit haben, manchmal aber doch identisch sind (so kommt z. B. totale Pupillenstarre auch bei der Paralyse vor). Man wird demnach lediglich auf Grund dieser Störung verbunden mit psychischen Anomalien nie Paralyse diagnostizieren dürfen. In derartigen Fällen ist die Entscheidung meist durch die vier Reaktionen zu erbringen; in der Regel gelingt allerdings die Diagnose Lues cerebri aus den neurologischen Symptomen. Gegenüber dem Tumor cerebri wird die Diagnose auch ex juvantibus erfolgen, da bei einem raumbeengenden Prozeß im Cerebrum allein bei der Möglichkeit, daß

Digitized by Google

ein Gumma vorliegt, eine energische antiluetische Therapie indiziert ist.

Zum Schlusse seien noch die typischen Befunde der vier Reaktionen bei der Lues cerebrospinalis nach Nonne angeführt:

1. Wassermannsche Reaktion im Blute positiv in 70—80 %. Druck des Liquor häufig vermehrt;
2. Phase-I-Reaktion fast immer positiv, oft stark.
3. Lymphozytose fast immer positiv, oft stark.
4. Wassermann-Reaktion im Liquor spinalis
   a) nach der Originalmethode (0.2 cm^3) in ca. 20 %.
   b) mit Auswertung fast immer positiv.

14. Dementia praecox. Schizophrenie.

Name und Begriff.

Der Name Dementia praecox ist aus dem Bestreben nach einer klinischen Betrachtungsweise von geistigen Störungen hervorgegangen und wurde von Kraepelin zur Bezeichnung einer besonderen Krankheitsgruppe nach Merkmalen verwendet, die durch den Verlauf gegeben sind, nämlich frühe Entwicklung (d. h. in jugendlichem Alter) und Ausgang in Demenz. Nach dieser Definition fallen unter den Begriff verschiedene Psychosenformen, die von älteren Autoren (Hecker, Kahlbaum) als besondere Arten von Geistesstörung (Hebephrenie, Katatonie) beschrieben, von Kraepelin aber als ihrem Wesen nach zusammengehörig erkannt wurden und die jetzt den eigentlichen Kern der Dementia praecox ausmachen. Ferner mußten dieser Gruppe eine Reihe von Krankheitsbildern zugezählt werden, die früher unter verschiedenen Psychosenformen aufgeteilt waren (Amentia, Paranoia usw.).

Die Bezeichnung Dementia praecox stieß vielfach auf Widerspruch, u. a. wurde darauf hingewiesen, daß der Name in einzelnen Fällen nach beiden Richtungen falsch ist, wenn die Krankheit weder im jugendlichen Alter begonnen hat, noch in Demenz ausgegangen ist. In Wirklichkeit liegt aber dennoch kein logischer Widerspruch vor; fürs erste handelt es sich um eine schubweise verlaufende Erkrankung und der günstige Ausgang eines Anfalles besagt noch nicht, daß das Individuum dauernd gesund bleiben wird, zweitens ist gegen eine Denominatio a potiori

Digitized by Google

nichts einzuwenden; tatsächlich ist nämlich in der Überzahl der Fälle ein früher Beginn und Ausgang in Demenz zu beobachten.

Immerhin mußte das Bedürfnis empfunden werden, diese Krankheitsgruppe auch symptomatologisch als Einheit zu fassen. Dabei wurden von verschiedenen Autoren verschiedene Symptome als charakteristisch angesehen, aber sie kamen doch zu übereinstimmenden Anschauungen über das Wesen der Krankheit, wie aus den vorgeschlagenen Bezeichnungen hervorgeht: Dementia sejunctiva, Dementia dissecans, Schizophrenie. Auffällig ist auch, daß Wernicke, von einer anatomischen Betrachtungsweise geistiger Erkrankungen ausgehend, die Paranoia als eine Art Sequesterbildung auffaßte; nun wurde aber die Mehrzahl der von ihm als Paranoia bezeichneten Fälle von Kraepelin der Dementia praecox zugezählt. Andere ältere Psychiater von klinisch-psychologischer Denkungsart (Krafft-Ebing) unterschieden bei der Paranoia ein Stadium des Zerfalles der Wahnideen und der psychischen Persönlichkeit, worin wir heute das eigentliche Wesen der Dementia praecox erkennen.

Danach dürfte der in jüngster Zeit vorgeschlagene Name Schizophrenie genügend vorbereitet erscheinen. Soviel ist sicher, daß gerade jene Erscheinungen, welche eine Dementia praecox auffällig machen und den Erfahrenen sofort zu dieser Diagnose veranlassen, die Annahme eines Spaltungsprozesses nahelegen. Derartige schizophrene Erscheinungen sind: die Lösung des im früheren Dasein geschaffenen Gedankengefüges, der rasche, unvermittelte Wechsel in der Denkrichtung; die mangelnde Einheitlichkeit des Strebens und Wollens bis zur Zerstörung des geordneten Verlaufes einfacher Willenshandlungen; die Inkoordination zwischen Gefühls- und Vorstellungsleben, die Absperrung des Innenlebens gegen äußere Einflüsse, der Gegensatz zwischen intakten und schwer geschädigten Funktionen (Gedächtnis und Auffassung einer-, Gefühl und Wille andererseits).

Man muß sich allerdings darüber klar sein, daß die sogen. schizophrenen Symptome nicht immer und zu jeder Zeit deutlich zutage liegen und bei dem schon bestehenden Krankheitsprozesse nicht als solche hervortreten müssen. Zu ihrer Feststellung gehört meist ein tieferes Eindringen in das Krankheitsbild und die Persönlichkeit des Kranken, der freilich gerade hier vielfach unzugänglich und z. T. für die gewünschte

Digitized by Google

Selbstbeobachtung und deren Darstellung unfähig ist. Die neueste Forschung von Schweizer Psychiatern, namentlich Bleuler hat ein Verständnis für diese Erscheinungen der Dementia praecox dadurch eröffnet, daß sie dieselbe auf die Wirkung von Komplexen zurückführt. Innere Schwierigkeiten sind darin gelegen, daß der Name Schizophrenie nicht von einem direkt zu beobachtenden Symptom gewählt ist, sondern sich auf eine Deutung stützt, die von einer häufig etwas generalisierenden psychologischen Auffassung gegeben wird; dadurch erscheint die Sicherheit der Diagnose gefährdet, indem mancher im besonderen Falle sich von der vorauszusetzenden Spaltung nicht wird überzeugen können, andere wieder zu vorschneller Annahme einer solchen neigen dürften.

Das Verhältnis von Schizophrenie und Dementia praecox ist dahin zu bestimmen, daß schizophren ein allgemeinerer Begriff ist, der einen bestimmten Charakter psychischer Funktionen (Vorstellen, Fühlen, Denken, Wollen) bezeichnet. Dieser kann andeutungsweise bei allen Psychosen und Psychopathien, gelegentlich sogar beim Normalen beobachtet werden. Unter Dementia praecox ist eine Geisteskrankheit zu verstehen, in der schizophrene Symptome gewöhnlich eine dominierende Bedeutung haben. Nach dem üblichen psychiatrischen Sprachgebrauch, nach welchem das Adjektivum meist den allgemeineren und unschärferen Begriff enthält (vgl. hysterisch, katatonisch, manisch), kommt dem Substantiv Schizophrenie eine engere Bedeutung zu, die sich mit der der Dementia praecox im Umfange decken dürfte.

Symptome.

Bei einer nach unserem Schema durchgeführten Untersuchung sind nach folgenden Richtungen Symptome zu erheben. Der Aspekt gestaltet sich vielfach so charakteristisch, daß schon damit die Diagnose nahegelegt wird. Dies erklärt sich daraus, daß Anomalien der Motilität zum Wesen der Erkrankung gehören. Da diese die Aufmerksamkeit des Untersuchers sofort auf sich lenken und für den weiteren Gang der Untersuchung bestimmend sind, empfiehlt es sich, zunächst auf sie einzugehen. Wir können hier den Leitsatz aufstellen: bei einer engeren Fassung des Krankheitsbegriffes (etwa den jüngsten Anschauungen Kraepelins entsprechend) treten motorische Störungen (im

Digitized by Google

weiteren Sinne) bei allen hierher gehörigen Krankheitsfällen auf und sind als differentialdiagnostisches Kriterium zu verwenden. Allerdings stehen diese Symptome nicht jederzeit im Vordergrund, wenn sie auch in vielen Fällen die Symptomatologie nahezu erschöpfen. Gemeint sind die im allgemeinen Teile besprochenen Motilitätserscheinungen. Den verschiedenen Symptomen dieser Art kommt für das Gesamtbild verschiedene Wertigkeit zu. Ein Stupor beherrscht den ganzen Zustand, andere Symptome wie Flexibilitas cerea, Katalepsie, Negativismus sind erst bei spezieller Untersuchung und zuweilen nur in einzelnen Muskelgruppen zu finden. Die Erkennung von Manieren und Stereotypien setzt voraus, daß der Kranke in ausgiebiger Weise spontane Bewegungen ausführt, worauf beim Untersuchungsgang besonders Rücksicht zu nehmen ist. Charakteristisch für die Krankheitsform sind namentlich Bewegungen, die den Stempel des Parakinetischen tragen, einerseits in ihrer Qualität: Verzerrungen, Jaktationen, Grimmassieren usw., anderseits in der Art ihres Auftretens und ihrem zeitlichen Ablaufe; sie stellen sich unvermittelt ein, scheinen öfters den spontanen Bewegungsablauf oder die Bewegungsintention zu durchkreuzen und für die naive Beobachtung außer Zusammenhang mit den übrigen psychischen Funktionen zu stehen. Der Charakter der Bewegungen ist durchaus der von willkürlichen, daher die Bezeichnung pseudospontan motiviert.

Anomalien dieser Art sind von großer diagnostischer Bedeutung. Handlungen, die in scharfem Gegensatz zu dem Verhalten stehen, das von dem Patienten in einer bestimmten Situation nach seiner Intelligenz zu erwarten ist, abrupte, impulsive bizarre Akte legen die Diagnose Dementia praecox sofort nahe. Ein Kranker, der im Laufe der Unterredung, unvermutet und ohne vorhergehende affektive Ankündigung einen Gegenstand zu Boden wirft, der nächststehenden Person einen Schlag versetzt, sich um seine Achse dreht u. dgl., wird ohne weiteres der in Rede stehenden Gruppe zugezählt werden dürfen. Wie erwähnt, treten aber solche pathognostischen Züge nicht in jedem Falle und nicht immer in gleicher Deutlichkeit zutage, oft sind sie nur der durch Erfahrung geschärften Beobachtung merklich; die Bewegungen der Kranken haben vielfach etwas Scharfes, Unausgeglichenes. Die Erkennung kann zuweilen auch dadurch erschwert werden, daß die Kranken (leichtere Fälle) die abnormen

Digitized by Google

Bewegungen durch willkürliches Eingreifen zu maskieren oder durch mehr oder weniger geschickte Erklärungen zu motivieren suchen. Von Anomalien der Bewegungsform sind bei der Dementia praecox insbesondere Stereotypien und Manieren zu beobachten. Stereotypien von pathognostischer Deutlichkeit treten erst in späteren Stadien auf, sind dann aber meist sinnfällig. Hierher gehören ja auch motorische Erscheinungen, die im Bewußtsein des Laien mit dem Begriff der Geistesstörung zusammenfallen: Kreisbewegungen, fortgesetztes Hüpfen, rhythmisches Schlagen mit Extremitäten, absonderliche Stellungen. Stereotypien sind schwerer zu erkennen, wenn sie bei lebhafter Motilität auftreten, da dabei leichter der Eindruck wechselnder Bewegungen hervorgerufen wird.

Anomalien der zeitlichen Verhältnisse des Bewegungsverlaufes sind nach beiden Richtungen zu finden: Verlangsamung bis zur Akinese und Steigerung der Beweglichkeit bis zur sogenannten tobsüchtigen Erregung. In noch auffälligerer Weise treten uns die gleichen Störungen im sprachlichen Ausdruck der Kranken entgegen, da wir für Abweichungen dieser Art weitaus empfindlicher sind. Zu erwähnen ist der besonders oft zu beobachtende Wechsel der Modulation, mitten im Satze erfolgt ohne inhaltliche Motivierung Übergang des lauten in einen leisen Tonfall oder unvermittelte Änderung des Tempos. Den früher erwähnten impulsiven Akten entspricht hier plötzliches Schreien, Brüllen, der Diskontinuität von Bewegungen unvermitteltes Abbrechen im Satze. Stereotypien und Manieren treten in der Sprache ebenfalls noch deutlicher als in anderen Bewegungen in Erscheinung: gleichmäßig monotones, affektiert pathetisches, geziertes Reden usw. Natürlich können sich auch beide Reihen von Anomalien kombinieren, indem eine gezierte Sprechweise von stereotypen Handbewegungen begleitet wird oder Grimassen u. dgl. erfolgen; Befehlsautomatie, Echolalie und Echopraxie, Perseverationen und Iterativerscheinungen auf sprachlichem und rein motorischem Gebiete seien noch erwähnt.

Die Beobachtung der formalen Anomalien der Sprache hängt unmittelbar mit der Feststellung inhaltlicher Abweichungen zusammen. Wir finden hier solche nach verschiedenen Richtungen und in verschiedenem Grade; zunächst bei erhaltenem Satzgefüge bis zur Verschrobenheit gehende Einseitigkeit der Denkungsweise.

Digitized by Google

Auffälliger sind Störungen, die das Satzgefüge betreffen: unvermittelter Wechsel der Gedankenrichtung, Mangel gedanklicher Beziehungen zwischen aufeinanderfolgenden Sätzen, Entgleisung auf ganz andere Gebiete durch mehrdeutigen Sinn eines Wortes, Gebrauch abliegender Ausdrücke und Worte, Neologismen. Bei schwereren Prozessen sehen wir Störungen des Wortgefüges bis zum sinnlosen Aneinanderreihen von Worten oder sinnlosen Silbenverbindungen (Sprachverwirrtheit, Wortsalat). Hinsichtlich der zeitlichen Verhältnisse entspricht der Akinese der Mutazismus, der motorischen Erregung der Rededrang.

Im folgenden ist nach einer Beobachtung von Bleuler eine charakteristische sprachliche Produktion eines schizophrenen Individuums wiedergegeben. Daran schließt sich ihre von Bleuler gegebene Deutung, welche durch tieferes Eindringen in die Persönlichkeit des Kranken, Studium der Krankheitsentwicklung und der Komplexe zu gewinnen war.

Centralleuropa undt Centraleuropaaera Nr. 3258 Eernst Gisler Trauungg auch dder Schlüsel ddurch Herr Pfarrer Dr. Studer Kaiser DDes Titt. Standdenbank pprr 96 oder Postbrief 3 vvia Kaiserlichen undt Königlichen auch Kaiserlich Königlïchen Gewerbes Titt, Rheinau. Mo work Badd ggut 3/8 Herr dr. hc. 30/7 Bern 27/7 DD 18/7 kurz 30/7 3/8 Aa 1906 Datum. Sssie Zahlen geegen Voorweisen eeines Billetes Frkn Achttausendt in Banknotenn auch Titt. Berner Kantonalbank in Bern oder B K B Frkn 8000 baar Bestände à Zehn Prozente Frkn 8 800 ieddenfals Frkn 800 maal Zehn à Eeilf: Titte. Regierungskanzllei Aaltdorf weegen Schadenersatze ddurch Herrn aalt Missionär u Gasthhof Inhabber Dr. Christaller ïm Bellevue Andter madtïm Paag Frkn e zwölff Halbocktav Reiswerk Reiswerk = Proces Verbal qa 29/9 Ao 1889 Zeitungsdatumm dden Nneuen Z Zurcher Zeitungg.

Wir Kaiser von Zentraleuropa, E . . . Nr. 3251, getraut mit Frl. Gisler (wobei zugleich das Recht auf Freiheit gewährleistet wurde) Inhaber und Herrscher über die Bank, durch welche wir mittels Postanweisungen unsere Bedürfnisse erhalten, und des Gewerbes in Rheinau, erlassen folgenden Befehl: Sie oder die Berner Kantonalbank zahlen gegen Vorweisen eines Billets Fr. 8000 in bar, mit 10 %, auf Rechnung der (oder: „gut muß stehen die") Regierungskanzlei Altorf, die mir Schadenersatz schuldig ist aus dem Benehmen des Hotelbesitzers Christeller zum Bellevue in Andermatt, jeden Tag 3 Billionen, und zwölf Blätter Klosettpapier und die Freiheit, wie wir es in der Eingabe gesagt, an dem Tag, da die Neue Zürcher Zeitung das Datum 29. September 1889 trug.

Störungen des Gefühlslebens sind fast bei allen Kranken dieser Gruppe nachzuweisen und zwar kann man Abweichungen

Digitized by Google

verschiedener Art beobachten. Viele Fälle zeigen eine allgemeine Abstumpfung der affektiven Sphäre. Die Entwicklung erfolgt meist in der Weise, daß zunächst höhere und kompliziertere Gefühle, die verzweigtere Grundlagen haben, betroffen werden, während sinnliche Gefühle noch anregbar sind. Die Kranken erscheinen dann gleichgültig für ihren früheren Beruf, für Freunde und Angehörige, zeigen aber noch Interesse für momentane Eindrücke aus der neuen Umgebung, für leibliche Genüsse usw. Zuweilen ist auch bei derartigen Kranken, die im allgemeinen stumpfes Wesen zur Schau tragen, eine anscheinend lebhafte affektive Erregung, etwa ein Zornesausbruch zu beobachten, doch mangelt es dabei meist an Tiefe, der äußeren Emotion entspricht keine innere Ergriffenheit, was rasche Beruhigung oder gar Umschlag in eine entgegengesetzte Stimmungslage zur Folge hat. Eine andere Art von Anomalie des Affektlebens besteht darin, daß die Kranken nur für bestimmte Vorstellungen gemütlich erregbar sind. Patienten, die für gewöhnlich allen Eindrücken gegenüber sich apathisch, dabei auch ablehnend verhalten, produzieren ohne äußeren Anlaß einen tiefer gehenden Affekt, der meist in impulsiver Weise zum Vorschein kommt, als Motiv werden vielfach komplizierte Gedankenverbindungen vorgetragen oder sind doch als Grundlage erkennbar. Derartige Beobachtungen führten zur Anschauung, daß solche Kranke ein regeres Innenleben führen, als ihre gewöhnlichen spontanen Äußerungen vermuten lassen, daß sie namentlich von gefühlsbetonten Vorstellungsgruppen (Komplexe) erfüllt sind. Die Störung ist nach dieser Auffassung darin gelegen, daß die Kranken in diesem (seinerseits natürlich vielfach abnormen) Innenleben aufgehen („Autismus“, Bleuler), kein Verhältnis zur Außenwelt finden, lediglich oder vorwiegend im Sinne ihrer Gedankenkreise handeln. In dieser Richtung wird auch eine Erklärung für sinnlose Handlungen gesucht, die vielfach erst die sich entwickelnde Geistesstörung manifest machen (Defäzieren in Gesellschaft usw.). Es sei daher gleich auf die Gefahr hingewiesen, aus derartigen Anschauungen heraus das Innenleben Kranker zu beurteilen und die geistigen Regungen dementer und affektiv verödeter Individuen auf Grund vereinzelter nicht ohne weiteres geklärter Handlungen zu überschätzen. Als Tatsache darf nur gelten, daß mutazistische, ablehnende

Digitized by Google

Kranke vielfach Komplexe besitzen; ob diese aber tatsächlich das Bewußtsein der Kranken ständig erfüllen und verarbeitet werden, ob sie nurmehr gelegentlich (etwa im Affektausbruche) dem Kranken lebhafter bewußt werden, ist noch nicht entschieden. Bei allen katatonischen Bewegungserscheinungen ist jedenfalls auch die Möglichkeit anatomischer cerebraler Veränderungen in Betracht zu ziehen. Diagnostisch ist der Autismus von großer Bedeutung, nur ist zur Sicherung des Symptomes der Nachweis erforderlich:

1. daß die Kranken tatsächlich ein regeres Innenleben führen, als ihre gewöhnlichen Äußerungen anzeigen (Unterschied von Demenz),

2. daß die Beziehungen zur Außenwelt krankhaft gestört sind (Unterschied von Psychopathie).

Eine weitere für die Dementia praecox charakteristische Störung des Gemütslebens ist die mangelnde Harmonie mit dem Vorstellungsinhalte. Die Kranken reagieren auf Vorstellungen oder Erlebnisse, die an sich einen depressiven Gefühlswert haben, mit Freude oder umgekehrt. Die genauere Analyse hat es hier für viele Fälle wahrscheinlich gemacht, daß die anscheinend mit perversen Gefühlstönen verbundenen Vorstellungen oder Eindrücke für den Kranken Symbole von ganz heterogenen Vorgängen sind. So gewinnen manchmal brutale Handlungen wie Stechen, Morden oder schmerzhafte (ärztliche) Eingriffe die Bedeutung von befriedigenden sexuellen Akten.

Für die Diagnose des Krankheitsprozesses sind die erörterten Gefühlsanomalien von besonderer Bedeutung, da die Erkennung derartiger Störungen meist leicht und sicher gelingt. Gerade für die Erkennung und Deutung gemütlicher Regungen sind wir ja auch im gewöhnlichen Leben besonders fein abgestimmt. Es gibt nun keine Krankheit, bei welcher der reine gefühlsmäßige Kontakt zwischen dem Kranken und seiner Umgebung derart gelöst wird, wie bei der Dementia praecox. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß bei der Dementia praecox, und zwar namentlich bei katatonen Formen, auffällige Störungen in den somatischen Reaktionen auf Gefühlsreize beobachtet wurden.

Bumke u. a. haben festgestellt, daß bei derartigen Kranken vielfach der normale Wechsel der Pupillenweite auf sensible

Digitized by Google

Reize fehlt, von Gregor und Gorn wurden analoge Störungen des psychogalvanischen Phänomens genauer beschrieben.

In leichteren Fällen gelingt es zuweilen, das Bestehen qualitativ gleicher Prozesse, wie jene, welche die schweren Motilitäts- und Willensstörungen verursachen, aus der Selbstbeobachtung der Kranken zu erschließen. Ihre Klagen beziehen sich vielfach auf Störungen der Willenshandlung. Die Patienten fühlen einen Widerstand, Erschwerung der Bewegungsansätze, einen Zwang zur Ausführung nicht gewollter Handlungen. Ebenso wird geklagt, daß das Denken durch absonderliche Einfälle gestört wird, die Gedanken entfliehen. Meist ergibt sich daraus eine Anknüpfung zur wahnhaften Deutung der Erscheinung, die als Beeinflussung, Gedankenentzug, Eingebung aufgefaßt wird. Da derartige Störungen (des Denkens, Fühlens, Wollens) jene Funktionen betreffen, welche das eigentliche Wesen der Persönlichkeit ausmachen, so kann der (schizophrene) Krankheitsprozeß als ein auf die Zerstörung der geistigen Persönlichkeit hin tendierender bezeichnet werden.

Im Beginn der Erkrankung, wo eine noch zuverlässige Selbstbeobachtung geboten wird, läßt uns diese einen Kampf der einheitlichen Persönlichkeit gegen dissoziierende Tendenzen erkennen. In späteren Stadien finden wir das Individuum von verschiedenen, zum Teil widersprechenden Komplexen beherrscht, seine natürlichen Strebungen von anscheinend heterogenen durchkreuzt, die Einheitlichkeit des Denkens durch absurde Einfälle, Halluzinationen usw. gestört. Ein großer Teil der für die Dementia praecox charakteristischen impulsiven Handlungen (wie unvermutete Angriffe auf die Umgebung oder plötzliche Selbstbeschädigung) findet darin die Erklärung. Erst im Terminalstadium nach vollzogener intellektueller und gemütlicher Verödung erscheint wieder eine gewisse Stabilität des Individuums gegeben, allerdings unter Preisgabe seiner psychischen Persönlichkeit. Bei ihrer Stumpfheit und Passivität vermag keine Handlungstendenz mehr auf die Dauer sich durchzusetzen. Siegerin bleibt die Gewohnheit und die der zerstörten Persönlichkeit von außen gegebene Richtung. So sehen wir Kaiser und Könige (ohne Korrektur ihrer Wahnideen) bei den gewöhnlichsten Verrichtungen des Tages; Kranke, die sich verfolgt und aufs grausamste gequält fühlen, mit ihren Feinden freundlich verkehren.

Digitized by Google

In dieser geringen Wertigkeit der Wahnideen ist eines der am meisten charakteristischen Symptone der Dementia praecox gegeben. An sich zeigen die bei ihr festzustellenden Wahnvorstellungen nichts Spezifisches. Wir finden hier Größen-, Kleinheits-, Versündigungs-, Verfolgungswahn, der aber stets das Merkmal der Systematisierung (d. h. der Bildung eines logisch festgefügten Systems, das auch das Handeln des Individuums bestimmt), vermissen läßt.

Halluzinationen sind bei der Dementia praecox fast in jedem Falle nachzuweisen. Sie stehen meist in direktem Zusammenhang mit den Wahnideen, was bei der Untersuchung zu berücksichtigen ist. Beziehungen zu Bewußtseinsprozessen, die den Kranken in der Gegenwart erfüllen, oder zu gefühlsbetonten Erinnerungsvorstellungen (Komplexen) treten bei eingehenderer Untersuchung oft deutlich hervor, ohne dem Kranken selbst merklich zu sein. Stimmen geben Antwort auf Fragen, die den Kranken beschäftigen, nehmen zu seinen Entschlüssen, Handlungen Stellung, tadeln frühere Vergehen, drohen Strafen an, machen Vorwürfe wegen sexuellen Ausschweifungen, so daß die Kranken selbst manchmal den erzieherischen Einfluß anerkennen, zuweilen wird auch Lob gespendet. Meist werden die Stimmen als quälend empfunden und vielfach dagegen Vorkehrungen getroffen. Neben akustischen Halluzinationen spielen bei der Dementia praecox Halluzinationen des Körpergefühls eine große Rolle und dürfen, wenn sie das Zustandsbild beherrschen, auch differentialdiagnostisch herangezogen werden, da sie bei anderen Krankheitsformen selten sind und kaum je stärkeres Gewicht bekommen. Die Kranken fühlen, daß an ihrem Körper Handlungen vorgenommen werden, klagen über abnorme Empfindungen im Körper (Frauen vielfach im Genitale), empfinden Stiche (Einspritzungen), verspüren elektrische Ströme, die durch den Körper geleitet werden, suchen nach den Drähten, bringen Isolierungen an. Charakteristisch (aber nicht spezifisch) sind auch Geruchs- und Geschmackshalluzinationen, die meist in wahnhafter Färbung vorgetragen werden. Die Kranken glauben sich durch giftige Gase betäubt, spüren Leichengeruch, im Essen ist Gift. Optische Halluzinationen sind seltener und haben nichts Charakteristisches. Beziehungen zu Komplexen treten in derartigen Fällen oft deutlich und unverhüllt hervor.

Digitized by Google

Von Bedeutung ist auch die Kenntnis der meist erhaltenen Funktionen, die Orientierung bleibt fast stets ungestört. Das gegenteilige Verhalten beruht häufig nur auf Täuschung durch unzureichende Verständigung, schwere Fixierbarkeit der Kranken, oder es liegt sekundäre Desorientierung durch Halluzinationen, Wahnideen vor. Echte Verwirrtheit kann selten und nur vorübergehend beobachtet werden.

Zu den intaktbleibenden Funktionen zählt auch das Gedächtnis. Seine systematische experimentelle Prüfung stößt meist auf Schwierigkeiten und fördert vielfach anscheinend widersprechende Werte zutage. Der für die Krankheit charakteristische Wechsel der Aufmerksamkeit hat nicht nur zur Folge, daß unter gleichen äußeren Bedingungen von einem gleich schwierigen Stoff einmal relativ viel, dann wieder wenig behalten wird, sondern es bewirken Komplexe auch Störungen der Auffassung und Entstellung des Stoffes bei der Reproduktion. Die einfache klinische Gedächtnisprüfung ergibt, daß selbst stumpfe, demente Kranke unter günstigen Umständen von älteren Vorkommnissen überraschend viel reproduzieren können.

Zu ähnlichen Erfahrungen gelangt auch die Prüfung der Intelligenz. Die Untersuchung fortgeschrittener Fälle zeigt, daß der schizophrene Krankheitsprozeß zu keiner tiefen Zerstörung früher erworbener Kenntnisse führt und auch die Auffassung und Verarbeitung neuer Eindrücke, soweit sie von den Kranken mit Aufmerksamkeit erfaßt werden, wenig leidet. Neben dem Nachweis der intaktgebliebenen Funktion hat die Intelligenzprüfung hier auch noch die Bedeutung, daß sie uns Einblick in die besondere z. T. durch Komplexe gestörte Verarbeitungsweise des Vorstellungsmaterials bei derartigen Kranken verschafft, am besten geeignet erweist sich hierzu die Definitionsmethode und die Unterschiedsfragen.

Differentialdiagnose.

Von der Imbezillität unterscheidet sich die Dementia praecox durch Intaktbleiben von Schulkenntnissen, die bei der Imbezillität nicht erworben werden können. Dies Kriterium versagt bei Fällen, in denen sich die Dementia praecox auf dem Boden von Schwachsinn entwickelt. Bei der diagnostischen Würdigung solcher Fälle ist das Augenmerk besonders auf die für den

Digitized by Google

schizophrenen Prozeß charakteristischen Störungen des gemütlichen Lebens und der Willenshandlung zu richten. Zu berücksichtigen ist, daß bei der Imbezellität höheren Grades motorische Symptome zu beobachten sind, was zu der im übrigen nicht berechtigten Bezeichnung der Dementia praecox als Spätidiotie Anlaß gab.

Schwierigkeiten ergeben sich häufig bei der Unterscheidung der Dementia praecox von der Psychopathie. Übereinstimmung scheint zwischen beiden namentlich in der Unbeständigkeit und Zerfahrenheit des Handelns zu bestehen. Die genauere Beobachtung zeigt, daß eine solche Störung bei der Psychopathie nur für komplizierte Handlungen besteht, indem derartige Individuen vielfach das Ziel wechseln, Arbeiten beginnen, zu deren Vollendung ihre Energie nicht ausreicht, während bei der Dementia praecox schon einfache Handlungen und Bewegungsfolgen leiden, die bei der Psychopathie stets intakt sind. Motorische Symptome bei der Psychopathie zeigen nur entfernte Ähnlichkeit mit schizophrenen, sie sind meist psychisch bedingt, suggestivem Einflusse zugänglich. Die Anomalien des Gemütslebens von Psychopathen sind ebenfalls deutlich von denen der Schizophrenen unterschieden. Psychopathen zeigen weitgehende Abstumpfung gemütlicher Regungen, Perversitäten, bleiben aber doch anregbar, für einen psychischen Rapport zugänglich, der bei der Schizophrenie in erster Linie leidet. Wahnvorstellungen von Psychopathen sind in anderer Weise begründet als die Wahnideen bei der Dementia praecox (vgl. das Kapitel Psychopathie).

Im ganzen ist zu sagen, daß eine Dementia praecox, die einen schweren Verlauf nimmt und deutliche Züge einer Geisteskrankheit bietet, von der Psychopathie sicher unterschieden werden kann. In leichteren Fällen, die praktisch nicht als Geisteskrankheit gelten können, hat eine Fehldiagnose keine schweren Konsequenzen, wenn berücksichtigt wird, daß mit der Diagnose schizophren noch nicht gesagt ist, daß das Individuum geisteskrank, unheilbar ist und einen Beruf nicht erfüllen kann.

Große Schwierigkeiten kann die Abgrenzung leichter Dementia praecox von der normalen Breite bieten. Man achte insbesondere darauf, daß bei Normalen im Zustand der Verlegenheit und im emotionalen Stupor Symptome von äußererer Ähnlichkeit mit schizophrenen gegeben sind und intellektuell beschränkte Individuen Stereotypien und Manieren zeigen.

Digitized by Google

Bei Besprechung der Differentialdiagnose gegenüber der Hysterie ist daran zu erinnern, daß der Nachweis hysterischer Symptome noch nicht das ganze Krankheitsbild als Hysterie aufzufassen berechtigt, da hysterische Zeichen bei allen Psychosen beobachtet werden können. Schwierigkeiten ergeben sich dadurch, daß einzelne Symptome hysterischen Irreseins Ähnlichkeit mit schizophrenen haben und der Mechanismus insbesondere die Komplexwirkungen bis zu einem gewissen Grade übereinstimmen. Die Unterscheidung beider Krankheitsformen wird am besten durch Vertiefung in das affektive Leben des Kranken ermöglicht. Hochgradige Abstumpfung und Verödung gemütlichen Lebens schließt die Diagnose Hysterie aus. Verschieden ist in beiden Fällen die Stellung zu den Symptomen; der Hysterische hebt dieselben stets in irgendeiner Weise hervor. bei näherem Verständnis seines Wesens ist diese Tendenz auch da zu bemerken, wo er Symptome scheinbar ignoriert; vom Schizophrenen müssen sie meist erst herausgeholt werden. Pathologische Erscheinungen, wie Halluzinationen, über die der Schizophrene berichtet, werden von ihm fast stets als wirklich angesehen und wahnhaft gedeutet, während sie der Hysterische als abnorme, quälende Erscheinungen auffaßt. Motorische Symptome bei der Hysterie zeigen meist eine wesentlich verschiedene Qualität und eine andere Stellung in der Symptomatologie als bei der Dementia praecox. Stets handelt es sich um komplexe Erscheinungen, wie impulsives Handeln, Zwangslachen usw. Der Zusammenhang mit affektiven Komponenten, verdrängten Komplexen tritt bei der Hysterie deutlicher hervor, Störungen einfacher Bewegungsformen durch Sperrung sind nicht zu beobachten. Auch die motorischen Symptome werden von Hysterikern als unangenehme abnorme Erscheinungen aufgefaßt, während Schizophrene keine derartig objektive Stellung zu ihnen gewinnen.

Eine gewisse Ähnlichkeit besteht auch zwischen den selten zu beobachtenden Delirien oder Dämmerzuständen hysterischer und schizophrener Individuen. Abgesehen von der meist greifbaren affektiven Ätiologie derartiger Phasen im Verlaufe der Hysterie ist eine Differenzierung dadurch zu gewinnen, daß im hysterischen Zustande ein Rapport mit dem Kranken erzielbar ist und suggestive Einflüsse deutlich zur Wirkung gelangen, mitunter den Anfall rasch beheben.

Digitized by Google

Die Unterscheidung der Dementia praecox von der Neurasthenie kommt bei der Natur der Krankheitsprozesse selten in Frage. Schwierigkeiten machen Neurastheniker mit Klagen über Abnahme des Gedächtnisses, Verwirrung der Gedanken, Hemmung motorischer Leistungen, Apathie. Die Möglichkeit einer beginnenden Dementia praecox ist dann gegeben, wenn die erwähnten Klagen auch objektiv begründet sind. Hauptgewicht ist bei der Differentialdiagnose auf den Nachweis psychotischer Störungen, wie Halluzinationen und Wahnideen, zu legen. In Betracht kommt auch die Ätiologie und der Einfluß psychotherapeutischer und hygienisch-diätetischer Maßnahmen.

Eine besondere Sorgfalt erfordert die Differentialdiagnose gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. Sie ist wegen der Entwicklung beider Krankheiten im gleichen Lebensalter und wegen des formal ähnlichen Verlaufes Depression und Hemmung einerseits, Lust und Erregung andererseits häufig zu erwägen. Im Beginn der Dementia praecox sind manchmal Äußerungen depressiver Affekte zu beobachten, andererseits zeigt die Melancholie zuweilen Schwinden des Affektes und deutliche Abstumpfung auf der Höhe der Hemmung. Bei der Tragweite jeder der beiden Diagnosen ist der Grundsatz zu beobachten, nur dann ein bestimmtes Urteil zu fällen, wenn es in überzeugenden Symptomen eine Stütze findet; andernfalls ist die Diagnose in suspenso zu lassen und der weitere Verlauf abzuwarten. Schwierigkeiten in der Wertung bieten dem weniger Erfahrenen insbesondere Symptome, die eine bestehende Demenz zu verraten scheinen; eine Täuschungsmöglichkeit ist dadurch gegeben, daß durch die Hemmung intellektuelle Leistungen behindert werden oder die geistige Anlage des Individuums minderwertig ist. Letzteres Moment kann in der Phase der Erregung durch manirierte Bewegungen und mangelnde Produktivität ebenfalls zu Fehldiagnosen führen. Trügerisch kann auch Stereotypie, Katalepsie und Negativismus sein, weil ihre exakte Prüfung vielfach Schwierigkeiten bereitet. Als ausschlaggebend für die Diagnose können nur sichere Symptome der Schizophrenie angesehen werden, wie Sperrungen und Autismus. In letzterer Beziehung ist darauf hinzuweisen, daß Melancholiker bei sachgemäßer Untersuchung stets zugänglich sind. In der manischen Phase können interkurrente Stuporsymptome zu Täuschungen führen. Als entschiedene Sym-

Digitized by Google

ptome der Dementia praecox gelten auch: Inkoordination zwischen Vorstellen und Fühlen, abrupter Wechsel zwischen anscheinend differenten Zuständen; gehemmte, dem Anscheine nach deprimierte Patienten, die plötzlich in Lachen ausbrechen und wieder in den früheren Zustand verfallen, sind sicher keine Melancholiker. Monotonie des Affektlebens bei relativer Bewegungsfreiheit beweist Dementia praecox. Im manisch-depressiven Irresein ist meist eine gewisse Gefühlsmodulation nachweisbar. Erregungszustände manischer Individuen unterscheiden sich von ähnlichen Zustandsbildern der Dementia praecox durch den deutlichen Einfluß, den äußere Eindrücke und Vorkommnisse auf das Bewußtsein der manischen Patienten ausüben. Eine Förderung der Differentialdiagnose ist nach den jüngsten Erfahrungen von den durch Abderhalden eingeführten Reaktionen zu erwarten.

Die Unterscheidung von Paralyse kommt nur selten in Betracht, da beide Krankheiten in verschiedenem Lebensalter aufzutreten pflegen. Zu voller Sicherheit gelangt man nur durch das Anstellen der vier Reaktionen. Wo Gelegenheit dazu mangelt, sind wichtige Stützpunkte von der neurologischen Untersuchung zu erwarten.

Weitere diagnostische Gesichtspunkte sollen noch bei der Erörterung der einzelnen Krankheitsformen der Dementia praecox gewonnen werden.

Krankheitsformen.

Die besondere Gruppierung von Symptomen sowie der Krankheitsverlauf gestatten, die allgemeine Diagnose Dementia praecox in vielen Fällen noch spezieller zu gestalten. Wir wollen von den unterschiedenen Formen im folgenden vier skizzieren, die nach verschiedenen Richtungen charakteristische Merkmale besitzen.

a) Hebephrenie.

Die Anamnese ergibt meist, daß der Ausbruch der Geistesstörung zur Zeit oder in der Nähe der Pubertät erfolgte. Als wichtig für die Bestimmung des Beginnes ist zu beachten, daß die Symptome oft längere Zeit unausgesprochen sind und der Prozeß unbemerkt bleibt. Die Vorgeschichte der Erkrankung zeigt vielfach Abnahme der Leistungsfähigkeit, starke Vergeßlichkeit, Veränderung des Ichgefühls und der Stellung zur Außenwelt. Dem

Digitized by Google

Kranken erscheint alles merkwürdig, die gewohnte Umgebung fällt ihm jetzt auf, er bezieht harmlose Vorgänge auf sich, fühlt sich von seiner Umgebung beachtet und geschädigt. Die Speisen schmecken nach Gift, schädliche Gase strömen aus, der Körper wird elektrisiert usw. In einzelnen Fällen erscheint die Leistungsfähigkeit zu Beginn gesteigert, dabei ist die Qualität der Produktion minderwertig, oft handelt es sich um ganz zwecklose Leistungen, die vom Kranken mit großer Erwartung unternommen werden. Das Handeln ist unstät und ziellos. Der Krankheitsausbruch hat meist nichts Charakteristisches, öfters ist er durch die Äußerung von Wahnideen auffällig. Die Wahnvorstellungen heben sich von dem oben erwähnten Bewußtseinszustand ab, die Kranken werden gegen ihre Verfolger aggressiv oder suchen sich durch Selbstmord ihnen zu entziehen. Zuweilen wird dieser auch aus Insuffizienzgefühl nach einleitender Depression unternommen. In andern Fällen macht ein Erregungszustand die Krankheit manifest.

Auch für die Höhe der Erkrankung sind keine an sich spezifischen Symptome aufzustellen. Wahnideen, Halluzinationen, abnormes motorisches Verhalten gestatten mit Sicherheit, die Diagnose einer bestehenden Geistesstörung zu stellen. Die spezielle Diagnose Hebephrenie kann nur auf Grund formaler und inhaltlicher Störungen des Gedankenablaufes getroffen werden. In ersterer Hinsicht ist auf charakteristische Bewegungen und Besonderheiten des sprachlichen Ausdrucks hinzuweisen, Maniriertheit, unangebrachtes Pathos, affektiertes, geziertes und theatralisches Wesen bei einförmigem, gezwungenem, unproduktivem Inhalt. Charakteristisch erweist sich auch die Störung des Urteiles, Mangel des Natürlichen, Einfachen, sinnloser Gebrauch geläufiger, aber dem Patienten unklarer Begriffe, Streben nach komplizierten, den Horizont des Kranken weitaus übersteigenden Ideen, Erfindungen, Weltbeglückung u. dgl.

Die Diagnose Hebephrenie ist unter Berücksichtigung der Zeit des Ausbruches sowie auf Grund der erwähnten formalen und inhaltlichen Störungen zu stellen. Bei der Untersuchung ist das Hauptgewicht auf Sammlung von Urteilen zu legen, die vom Patienten nicht reproduktiv vorgebracht, sondern durch Überlegung gewonnen werden.

Differentialdiagnostisch kommen meist Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins sowie Psychasthenie in Betracht.

Digitized by Google

Ersterem gegenüber ist insbesondere auf das Vorhandensein schizophrener Symptome zu achten. Bei der Unterscheidung von Psychasthenie ist die kritische Bewertung ätiologischer Faktoren von Bedeutung, weil vielfach jene Momente, die als maßgebend für den Ausbruch der Psychasthenie angesehen werden, z. B. Überarbeitung mit ihren Folgen der Ermüdung, Symptome der Hebephrenie vorstellen können.

b) Dementia simplex.

Diese Krankheitsform steht der Hebephrenie nahe. Sie ist durch einen schleichenden, mehr latent verlaufenden Krankheitsprozeß begründet. Dementsprechend ist die Datierung des Beginnes nur schwer durchzuführen. Wichtig ist, daß viele Individuen erst nach der Pubertät erkranken, was allein die Ablösung dieser Krankheitsform von der Hebephrenie rechtfertigt. Ein weiteres negatives Kriterium für die Diagnose ist der Mangel greifbarer oder auffälliger Symptome von Geistesstörung. Affektanomalien (Depression, Erregung), Wahnideen, Halluzinationen treten nur ganz flüchtig auf und spielen im gesamten Krankheitsverlauf eine nebensächliche Rolle; das Charakteristische ist eine sich allmählich vollziehende Verblödung, die ein immer stärkeres soziales Sinken des Individuums zur Folge hat. Die ersten Zeichen des Prozesses sind im gemütlichen Leben merklich, Abstumpfung der Affekte, Verödung höherer Gefühle mit den daraus für das gesamte Verhalten und Wollen des Individuums sich ergebenden Konsequenzen, Indifferenz, Apathie, Mangel an Initiative, Zurückgezogenheit, stumpfes Dahinvegetieren.

Die Stärke des Zerfalles ist in verschiedenen Fällen verschieden, öfters sehen wir den Prozeß auf einer mittleren Stufe stehen bleiben, seltener werden schwere Verblödungsformen erreicht, vielfach bleiben solche Individuen dauernd im sozialen Verbande, allerdings als dessen minderwertigste Glieder (Landstreicher, Verbrecher, Prostituierte).

Wie leicht einzusehen, ist in derartigen Fällen die Entscheidung, ob eine Geisteskrankheit überhaupt vorliegt, mit Schwierigkeiten verbunden, die Differentialdiagnose hat insbesondere Psychopathie und Debilität in Betracht zu ziehen und ist nur unter Berücksichtigung des gesamten Lebenslaufes durchführbar.

Digitized by Google

c) Katatonie.

Die Anamnese ergibt häufig Charaktereigentümlichkeiten (verschlossenes oder verschrobenes Wesen usw.); das Entstehungsalter ist diagnostisch nicht von Belang. Sichere Fälle von Katatonie treten sowohl vor als lange nach der Pubertät (etwa im 30.—40. Lebensjahr und selten als sog. Spätkatatonien in noch höherem Alter) auf.

Die Prodromalsymptome sind jenen der Hebephrenie ähnlich. Der typische Verlauf besteht darin, daß nach einem einleitenden kurzen Depressionsstadium, in dem auch Halluzinationen und Wahnideen vorkommen, Hemmungssymptome in den Vordergrund treten, die sich bis zum Stupor steigern. Aber auch in Fällen, die anders, etwa mit Erregung beginnen, beherrschen motorische Symptome das Zustandsbild. Flexibilitas cerea, Katalepsie, Negativismus, impulsives Handeln, Stereotypien, Befehlsautomatie, seltener Echolalie und Echopraxie sind als die wesentlichen Symptome der Katatonie zu nennen. Parallele Symptome auf sprachlichem Gebiete sind der Wechsel in der Lautstärke, unverständliches Vorsichhinreden, Vorbeireden, Sprachverwirrtheit.

Charakteristisch für die Katatonie und von differentialdiagnostischer Bedeutung gegenüber ähnlichen Zustandsbildern bei Manie oder Amentia ist, daß die erwähnten Symptome das Wesen der ganzen Störung ausmachen. Der katatone Stupor ist von dem hysterischen, epileptischen, melancholischen zu unterscheiden. Abgesehen vom Krankheitsverlaufe ist der epileptische Stupor durch völlige Reaktionslosigkeit auf seiner Höhe charakterisiert. Demgegenüber zeigt der hysterische weitgehende Beeinflußbarkeit. Zur Vermeidung von Fehldiagnosen ist es wichtig zu wissen, daß bei der Katatonie zuweilen epileptiforme oder hysteriforme Anfälle auftreten. Beim Stupor der Melancholie handelt es sich stets bloß um eine stärkere Hemmung, bei der im Gegensatz zur Katatonie sinngemäße Reaktionen zu beobachten sind und Willensstörungen fehlen. Zur Unterscheidung kann oft ein Versuch mit Bedrohung einer Körperstelle durch Stechen, Schneiden usw. dienen. Der Melancholiker zeigt zweckmäßige, wenn auch langsame Abwehr, während bei der Katatonie vielfach unzweckmäßige Bewegungen zu beobachten sind.

Digitized by Google

d) Dementia paranoides.

Beginn meist relativ spät, gewöhnlich nach der Pubertät. Prodromalsymptome ähnlich wie bei der Hebephrenie, das Gefühl, beachtet zu werden, tritt in den Vordergrund, Wahnvorstellungen werden entwickelt und beherrschen bald das Zustandsbild. Auf der Höhe der Erkrankung werden meist zahlreiche Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen geäußert, auch Größenideen oder Liebeswahn ist zu beobachten, Halluzinationen und der Wahn körperlicher Beeinflussung spielen meist eine große Rolle. Wahnideen werden auf kombinatorischem Wege entwickelt, sind unkorrigierbar, lassen aber systematische Konstruktion und Konsequenz in der Durchbildung vermissen; demente Züge werden bald merklich und eine geistige Schwäche des Individuums kommt immer mehr zum Vorschein; allmählich tritt ein Zerfall der psychischen Individualität ein, motorische Symptome, namentlich Maniriertheit und Stereotypien sind meist angedeutet, gemütliche Störungen gewöhnlich ausgesprochen. Insbesondere verlieren die Wahnideen frühzeitig die adäquate affektive Betonung.

Differentialdiagnostisch kommt namentlich die Paranoia chronica in Betracht (vgl. Seite 111). Hauptsächlich ist bei der Unterscheidung auf den Nachweis eines schizophrenen Symptomenkomplexes Gewicht zu legen. —

Aus obiger Darstellung ging bereits hervor, daß die hier besprochenen Krankheitsformen sowohl hinsichtlich der Prodromalerscheinungen als in der Symptomatologie übereinstimmen. Weiter findet sich auch Gleichheit in negativen Symptomen, welche diagnostische Bedeutung haben. Die Besonnenheit ist meist dauernd erhalten, intellektuelle Leistungen wie Schulkenntnisse, Auffassung bleiben ungestört. Im ganzen sind es quantitative Momente, welche für die spezielle Diagnose ausschlaggebend sind. Danach ist es begreiflich, daß der gleiche Fall von verschiedenen Beobachtern vielfach anders benannt wird. Dazu trägt auch bei, daß im Verlaufe der Krankheit bei einzelnen Fällen zu verschiedenen Zeiten andere Symptomengruppen in Vordergrund treten. So kann zunächst die Wahnbildung, später motorische Symptome das Krankheitsbild beherrschen, so daß die aufgeführten Krankheitsformen oft mehr die Bedeutung eines charakteristischen Zustandsbildes beanspruchen können. Endlich sind auch die

Digitized by Google

Ausgangsformen der Fälle in vieler Hinsicht übereinstimmend. Angesichts dessen kann nur empfohlen werden, die Gruppendiagnose in den Vordergrund zu stellen und weiter noch das Zustandsbild zu charakterisieren. Dieses Vorgehen empfiehlt sich namentlich bei kurzer Beobachtungszeit.

Psychiater, welche die allgemeinere Bezeichnung Dementia praecox und Schizophrenie nicht anerkennen, zählen die dazugehörigen Fälle, soweit sie z. Z. der Pubertät beginnen, zur Hebephrenie, von der sie eine stuporöse und eine paranoische Form unterscheiden. Später entstehende Krankheiten mit ausgesprochenen motorischen Symptomen werden als Katatonie bezeichnet und dazu auch jene Fälle mit vorwiegender Wahnbildung gerechnet, bei denen stärker demente Züge zu beobachten sind, während bei Mangel deutlicher Demenz von ihnen meist Paranoia diagnostiziert wird.

Eine Schwierigkeit für die Diagnose ergibt sich durch den schubweisen, zuweilen auch sehr langsamen (latenten) Verlauf des Leidens, was zur Folge hat, daß zeitweilig keine ausgesprochenen Symptome nachweisbar sein können. Steht auch keine geeignete Anamnese zur Verfügung, dann muß die Diagnose mit Vorbehalt gestellt werden, zumal da einzelne Symptome der Hebephrenie wie Maniriertheit, Hemmung bei der Debilität und auch im Rahmen der normalen Breite als Ausdruck der Verlegenheit auftreten. In derartigen Fällen kann eine brauchbare Anamnese ausschlaggebend sein. Erfährt man von einem Individuum, welches zur Zeit der Untersuchung nur leichte Demenz und gemütliche Stumpfheit oder Anomalien der Willensfunktion zeigt, ohne aber nach allen Richtungen hin die physiologische Breite in stärkerem Grade zu überschreiten, daß zur Zeit der Pubertät bereits ein Nachlaß der geistigen Kräfte erfolgte oder psychotische Symptome irgendwelcher Art damals auftraten, dann wird die Diagnose Dementia praecox sehr wahrscheinlich. In derartigen Fällen stellt sie aber keine Geisteskrankheit im populären und forensischen Sinne vor und schließt damit nicht aus, daß ein Individuum seinen Beruf versieht, für zurechnungsfähig erklärt wird usw. Absonderheiten, plötzliches Auftreten psychotischer Symptome, stärkere Abnahme der Intelligenz können im Laufe der Zeit das Fortschreiten des Prozesses anzeigen. Derartige Erscheinungen sind insbesondere in Lebensphasen zu befürchten, die an sich zu geistigen Erkran-

Digitized by Google

kungen disponieren: Puerperium, Klimakterium, Präsenium. Ebenso kann ein Aufflackern des Prozesses durch Hinzutreten exogener Schädlichkeiten, wie Alkohol, Trauma, bedingt werden.

Krankheitsstadium.

Außer der Krankheitsdiagnose ist auch die Bestimmung des Stadiums oder der Krankheitsdauer von Wert und unter Umständen von großer praktischer, insbesondere prognostischer Bedeutung. Bei derartigen Überlegungen ist im Auge zu behalten, daß die Dementia praecox eine zuweilen schubweise verlaufende Krankheit ist, daß also eine lange Dauer seit ihrem ersten Ausbruch noch nichts über das Stadium besagt, ferner daß der Prozeß in verschiedenen Fällen verschieden schnell vorwärts schreitet bzw. in verschiedener Schwere auftritt, so daß das Terminalstadium nach verschieden langer Krankheitsdauer erreicht wird. Aus diesen Gründen empfiehlt es sich, zunächst nach den Symptomen das Stadium zu bestimmen und erst in zweiter Linie die Dauer zu beurteilen.

Eine Schwierigkeit ergibt sich bei der Dementia praecox dadurch, daß bei ihr die Entwicklung der Demenz keinen derart gleichmäßigen Verlauf nimmt wie etwa bei der progressiven Paralyse, wo eine allmähliche Abnahme intellektueller Funktionen erfolgt. Demgegenüber findet man bei der Dementia praecox im Terminalstadium immer noch viele positive Leistungen. Ein geeigneter Maßstab für unseren Zweck ist das affektive Verhalten, bei gemütlicher Verödung kann ein weit vorgeschrittener Prozeß mit Sicherheit angenommen werden. Auch die Entwicklung der Ataxie zwischen gemütlichen und intellektuellen Prozessen setzt längere Dauer der Krankheit voraus. Die für unseren Zweck notwendige Beurteilung des gemütlichen Lebens stützt sich teils auf das Verhalten des Patienten äußeren Vorkommnissen gegenüber, teils auf seine Reaktionsweise gegen pathologische Symptome, wie Halluzinationen und Wahnideen. Steht er den Halluzinationen indifferent gegenüber und werden sie von ihm als gleichgültige Vorkommnisse aufgenommen, dann handelt es sich sicher um einen abgelaufenen Prozeß. Ob Wahnideen weitgehend verarbeitet werden, hängt teils von der Intelligenz des Individuums, teils von der Krankheitsform ab. Stets ist aber im Beginn einer Erkrankung das affektive Leben dabei beteiligt. Die Wahnideen

Digitized by Google

werden, wenn auch nicht systematisiert, so doch mit anderen Erlebnissen in Beziehung gesetzt, meist wird auch in ihrem Sinne gehandelt. Ist dies nicht der Fall, dann kann die Gleichgültigkeit des Patienten auf die zerstörende Wirkung eines weit fortgeschrittenen Prozesses zurückgeführt werden.

Initiale Stadien sind meist durch intensive Beteiligung der ganzen Persönlichkeit und ihres affektiven Lebens deutlich charakterisiert. Bei frisch einsetzenden Prozessen sind lebhafte, depressive oder exaltierte Affekte zu beobachten, besonders deutlich ist der Krankheitsbeginn durch die gemütliche Ergriffenheit gekennzeichnet. Das Individuum ist durch die ungewohnten Erscheinungen aus dem Gleichgewicht gebracht, ratlos, ängstlich, in seinem Verhalten vielfach wechselnd. Demgegenüber sind Zeichen des terminalen Stadiums: ausgesprochene Stereotypien, Manieren, die einer Beeinflussung und Modifikation nicht zugänglich sind; auch Neologismen treten erst nach längerer Krankheitsdauer auf. Sprachverwirrtheit und Logorrhoe können in jedem Stadium beobachtet werden, nur laufen sie im Beginn stets unter affektiver Beteiligung ab, nie in jener inhaltlich stereotypen, äußerlich monotonen Weise wie beim fortgeschrittenen Prozeß.

Schwierigkeiten bringt die Beurteilung des Stupors, weil Zustandsbilder von derartigem Gepräge in allen Stadien auftreten können. Eine genauere Beobachtung läßt aber doch die Erkennung des Krankheitsstadiums zu. Beim initialen Stupor ist häufig wenigstens zeitweilig eine adäquate Reaktion im Affektausdruck auf differente Reize zu bemerken. Durch Veränderung der Gesichtsfarbe, Zittern der Augenlider, Pulsfrequenz, Atmung, Schweißausbruch usw. läßt sich feststellen, daß der Patient durch bestimmte Eindrücke gemütlich erregbar ist, was einen noch nicht weit fortgeschrittenen Prozeß voraussetzt. In älteren Fällen, die jedoch noch nicht terminal sind, finden wir zwar auch affektive Reaktionen, diese sind aber autistisch, den Komplexen der Patienten entsprechend und stehen in keinem direkten Zusammenhang mit dem Reiz, d. h. sie sind der Reizart nicht adäquat. Beim initialen Stupor finden wir psychische und motorische Funktionen ungefähr gleichmäßig betroffen und mit der Lösung der motorischen Gebundenheit werden auch die psychischen Leistungen frei und anregbar. In älteren, abgelaufenen Fällen mit Stupor haben die Bewegungen stereotypen Charakter. Be-

Digitized by Google

sonders sicher ist die Diagnose eines älteren Prozesses, wenn neben der motorischen Gebundenheit psychische Funktionen frei sind, aber deutliche Spuren des Ausfalles zeigen: schlaffer Gesichtsausdruck, Mangel affektiver Regungen, demente Produktionen bei der Unterredung.

Von Kraepelin und anderen werden terminale Zustände der Dementia praecox in eigenen Gruppen zusammengefaßt. Ihre schärfere Umgrenzung ist allerdings nicht durchführbar, am wichtigsten erscheint es, das Terminalstadium als solches zu erkennen; eine weitere Aufgabe ist, nach den hervorstechenden Merkmalen eine besondere Benennung zu wählen. Dazu kann die nachstehende Nomenklatur Kraepelins empfohlen werden.

Einfacher Schwachsinn.
Halluzinatorischer Schwachsinn.
Schwachsinn mit Wahnbildung.
Faselige Verblödung.
Stumpfe Verblödung.
Läppische Verblödung.
Manirierte Verblödung.
Negativistische Verblödung.

15. Epilepsie.

Die diagnostische Aufgabe gliedert sich in diesem Falle in zwei Teile, nämlich die Zugehörigkeit zur Epilepsie überhaupt festzustellen und die besondere Form derselben zu ermitteln. Die erste Aufgabe ist in der Weise zu lösen, daß die abnormen Erscheinungen des Krankheitsfalles im Hinblick auf ihre Zugehörigkeit zu typischen Erscheinungsformen der Epilepsie bewertet werden. Als solche gelten der epileptische Anfall, die Erscheinungen der sogenannten psychischen Epilepsie bzw. die epileptischen Äquivalente und der psychische Habitualzustand (epileptischer Charakter, epileptische Konstitution und Demenz). Da auf diese Weise das Verhalten des Individuums in einem größeren Lebensabschnitt als Unterlage der Diagnose dient, dabei die Anamnese einen relativ breiten Raum einnehmen.

Den Kernpunkt der Diagnose Epilepsie wird stets die Feststellung von Anfällen und deren qualitative Beurteilung bilden. Der typische Anfall der genuinen Epilepsie beginnt mit einer Aura, der allein schon diagnostische Bedeutung zu-

Digitized by Google

kommt. Dieser folgt rasch Bewußtseinsverlust. In Fällen ohne Aura tritt er ganz unvermittelt ein und bringt das Individuum bei ungünstiger Situation in größte Gefahr. Der Anfall selbst beginnt mit einer allgemeinen tonischen Muskelstarre (Schrei, Stillstand der Atmung, Zyanose), die ca. 15—25 Sekunden anhält, worauf am ganzen Körper klonische Zuckungen in der Dauer von 1—1$^1/_2$ Minuten einsetzen und den ganzen Körper befallen. Als Folge des Zustandes sind Zungenbiß, Kot- und Urinabgang aufzufassen. Während des Anfalles besteht vollständige Reaktionslosigkeit auf äußere Reize. Besondere diagnostische Bedeutung kommt der reflektorischen Pupillenstarre zu. Der Jacksonsche Typ ist durch Lokalisation der klonischen Krämpfe charakterisiert, die manchmal auf einem umschriebenen Muskelgebiet, Kopf, Hals, Extremitäten beschränkt bleiben, in der Regel aber auch von einer Körperhälfte auf die andere übergehen, wobei die Folge der anatomischen Repräsentation der einzelnen Muskelgebiete in der Hirnrinde entspricht. Der Anfall ist so spezifisch, daß man bei Nachweis der erwähnten Merkmale ohne weiteres die Diagnose Epilepsie stellen kann. Schwierigkeiten bietet nur die Unterscheidung des Jacksontypus, weil auch bei genuiner Epilepsie zuweilen eine Seite überwiegend betroffen ist. Aus diesem Grunde sind für die Lokalisation nur ganz eindeutige Fälle zu verwenden. Typische Fälle der einen oder der andern Art können als Grundlage dienen, den Zustand als einen epileptischen aufzufassen und die Anfälle von hysterischen und katatonischen zu unterscheiden. Ferner ist aus der Beobachtung des Anfalles dann auch meist die Entscheidung möglich, ob der einzelne Anfall als Ausdruck einer genuinen oder symptomatischen Epilepsie (Tumor cerebri, Encephalitis, progressive Paralyse usw.) aufzufassen ist.

Schwieriger und im einzelnen Falle unmöglich kann die Entscheidung bei atypischen Anfällen werden. Eine Abänderung vom Typus findet in der Weise statt, daß der Anfall lediglich auf Aurasymptome beschränkt bleibt, wie plötzlich einsetzendes Flimmern vor den Augen, Ohrensausen, Kopfschmerz, Herzklopfen usw. Einen andern Modus stellen Anfälle vor, bei denen an Stelle von klonischen Krämpfen kompliziertere Akte treten. Dabei handelt es sich teils um grobe Muskelbewegungen, wie Umsichschlagen, Herumwälzen, teils um differenziertere Be-

Digitized by Google

wegungen, wie Laufen, Springen, Pfeifen, Singen. Eine weitere Modifikation ist durch partielles Erhaltenbleiben des Bewußtseins gegeben. In einer Reihe von Fällen bleibt dasselbe länger im Beginn des Anfalles oder auch während der hier mehr rudimentären Krampferscheinungen erhalten; oder es schwindet nur für einen Augenblick, während der Kranke schlaff niedersinkt oder steif wird. Zustände von kurzem Bewußtseinsverlust oder starker Einengung bzw. Bewußtseinstrübung, die den Gedankenverlauf oder die Handlungsweise eines Individuums unterbrechen oder modifizieren, indem etwa einzelne Handlungen noch automatisch weiterlaufen, werden als Absenzen bezeichnet. Die richtige Deutung dieser Erscheinungen ergibt sich in der Regel aus dem Zusammenhange mit anderen epileptischen Symptomen. Bei isoliertem Auftreten derartiger vorübergehender Erscheinungen (petit mal), zumal wenn sie aus der Anamnese bekannt werden, darf nur mit der Möglichkeit von Epilepsie gerechnet werden.

Von den erwähnten Bewußtseinsänderungen unterscheidet sich durch Mannigfaltigkeit der Symptomatologie das sogenannte epileptische Irresein, dem im übrigen die gleiche Stellung zum typischen Anfalle als einleitende oder ausklingende Phase oder als Äquivalent eines solchen zukommt. Der allgemeine Charakter desselben ist eine unmittelbar eintretende Änderung der geistigen Verfassung in dem Sinne, daß das Bewußtseinsleben sich auf einen niederen Grad von Klarheit und Deutlichkeit einstellt, Auffassung, Konzentration, intellektuelle Leistungsfähigkeit beschränkt oder auf ein Minimum reduziert sind. Relativ am leichtesten kann sich der Beobachtung die sogenannte epileptische Verstimmung entziehen, indem das Individuum mehr oder weniger unvermittelt in eine deutliche Änderung der Gemütsstimmung gerät, reizbar ärgerlich wird und zu aggressivem Verhalten neigt. Beziehungen dieses im Wesen transitorischen Zustandes zur Dipsomanie sind allgemeiner bekannt. Sie ergeben sich dadurch, daß einem verbreiteten Vorurteil zufolge der Alkohol als Mittel, in bessere Stimmung zu kommen, verwendet wird und die ganze Phase in eine sinnlose Trunkenheit ausgeht. Konsequenzen aus dieser Wirkung des Alkohols zu ziehen, ist dem Individuum durch die nachfolgende Amnesie erschwert. In einer anderen Reihe stehen die sog. Dämmerzustände, die durch stärkere Einengung des Bewußtseins charakterisiert sind.

Digitized by Google

Das geistige Leben wird dabei von einzelnen ziemlich ärmlichen Vorstellungen und Gedanken beherrscht, äußere Eindrücke nur im beschränkten Maße aufgefaßt. Eine Änderung dieser typischen Dämmerzustände tritt nach zwei Richtungen auf. In einer Reihe allerdings seltener Fälle wird der Bewußtseinskreis etwas weiter, äußere Eindrücke werden besser aufgefaßt und verarbeitet. Das Handeln ist mannigfaltiger, es werden etwa Reisen unternommen, immer bleibt aber ein großer Teil der Persönlichkeit mit ihren Interessen, Erfahrungen, Denken und Fühlen ausgeschaltet. In einer anderen Reihe von Fällen treten psychotische Symptome hinzu, namentlich Halluzinationen und Wahnideen, so daß das Zustandsbild sich dem der Amentia nähert; meist entwickelt sich auch motorische Erregung, die zuweilen in Gewalttätigkeit ihren Ausdruck findet oder sich zu Tobsucht steigert. Letzteres Verhalten verleiht den sogenannten epileptischen Delirien ihren spezifischen Charakterzug und ist auch diagnostisch verwertbar. Im übrigen ergibt sich die Differenzierung der epileptischen Dämmerzustände von der Amentia durch die große Einförmigkeit des Vorstellungskreises. Hysterische Dämmerzustände unterscheiden sich von epileptischen durch den phantastischen Zug, den hysterische Delirien tragen, durch ihre Beeinflußbarkeit und Ätiologie.

Ein wichtiges Stück der diagnostischen Aufgabe fällt der Beobachtung des Habitualzustandes zu. Die Fragestellung für seine Untersuchung ist davon abhängig, ob epileptische Anfälle festgestellt sind oder nicht. Sind solche vorhanden, dann wird es sich bei der Beobachtung außerhalb derselben sowie bei akuten psychischen Störungen darum handeln, die Bedeutung der Anfälle im Krankheitsbild festzulegen, mit anderen Worten zu entscheiden, ob sie das Wesen des Leidens ausmachen, also genuine Epilepsie vorliegt oder ihnen symptomatische Bedeutung zukommt. Die Entscheidung dieser Frage wird unter Berücksichtigung des Anfallstypus (Jackson) durch eine genaue neurologische Untersuchung zu treffen sein. Ihre große praktische Bedeutung ist durch die Möglichkeit einer operativen Therapie einzelner Fälle symptomatischer Epilepsie gegeben.

Im Gegensatz zu den durch einen lokalen organischen Prozeß bedingten Fällen symptomatischer Epilepsie stehen jene, bei denen die Anfälle durch toxische Schädlichkeiten (namentlich chro-

Digitized by Google

nischen Alkoholismus, Alkoholepilepsie) hervorgerufen sind. Beziehungen nach allen Richtungen (Herdepilepsie, toxische, genuine Epilepsie) bestehen für die auf syphilitischer Grundlage entstandenen Formen, und zwar ebenso bei hereditärer wie bei akquirierter Lues. Wir können dabei im allgemeinen Formen mit und ohne anatomischer Grundlage unterscheiden. Der anatomische Prozeß kann ein spezifischer sein, wie Gumma, Infiltrate, Encephalitis, Endarteriitis syphilitica, Affektion der knöchernen und weichen Hirnhüllen oder kein spezifischer (Entwicklungs- und Wachstumsstörungen des Gehirns, Hydrocephalus usw.). Im Gegensatz zu diesen durch die Lues anatomisch bedingten Formen stehen die selteneren und noch umstrittenen parasyphilitischen, bei denen die akquirierte Lues, ohne anatomisch nachweisbare Veränderungen zu erzeugen, zur Auslösung oder Verschlimmerung epileptischer Anfälle führt. Ebenso ist es wahrscheinlich, daß die hereditäre Lues durch Keimschädigung, die für die sog. genuine Epilepsie supponierten epileptischen Veränderungen im Cerebrum erzeugt, welche die Bedingungen für das Auftreten von Epilepsie bei einer Gelegenheitsursache bilden.

Von besonderen Formen symptomatischer Epilepsie ist die Reflexepilepsie zu erwähnen, bei der Anfälle auf sensible Reize, etwa von schmerzhaften Narben aus auftreten, ferner die Affektepilepsie (Bratz), bei der psychische Ursachen beteiligt sind.

Da in allen derartigen Fällen die ätiologische Bedeutung der einzelnen Faktoren von vornherein nicht feststeht, und zunächst namentlich an eine mehr auslösende Wirkung zu denken ist, so ergibt sich dabei stets die Frage nach der Konstitution des Individuums. Die Untersuchung hat dann die Aufgabe, festzustellen, ob nicht in dieser das wesentliche Moment für die Erscheinungen der Epilepsie gegeben ist, also eine epileptische Konstitution vorliegt. Die Ansicht einzelner Autoren geht dahin, daß auch ohne epileptische Konstitution Anfälle der letzterwähnten Art auftreten können, etwa auf dem Boden allgemein psychopathischer Konstitution.

Zur Diskussion dieser Frage im besonderen Falle ist eine genauere Kenntnis der epileptischen Konstitution erforderlich. Dabei ist allerdings mit der Tatsache zu rechnen, daß die epileptische Konstitution für uns erst dann greifbar wird, wenn die der genuinen Epilepsie eigene Tendenz, in Geistesschwäche aus-

Digitized by Google

zugehen, sich bereits geltend macht und zwar ist für die rein klinische Beobachtung die Erkennung nur bei einer gewissen Größe des Defektes möglich, während die experimentelle Psychologie, die sich mit besonderem Eifer der Erforschung dieses Gegenstandes gewidmet hat, auch bereits auf feinere Unterschiede hinweisen konnte. Die klinische Untersuchung stellt bei Epileptikern außerhalb des Anfalles Reizbarkeit fest, egozentrische Einstellung, Beschäftigung mit dem eigenen Krankheitszustande, hypochondrische Färbung des Gefühlslebens, zuweilen frömmelndes Wesen, in weiter fortgeschrittenen Fällen deutliche Defekte: Reduktion des Vorstellungs- und Interessenkreises, erschwerte Wortfindung oder nach dem treffenden Ausdrucke Ziehens geringe Liquidität der Vorstellungen, Umständlichkeit in Sprache und Bewegungsformen. Die experimentelle Untersuchung konnte dieser Symptomatologie natürlich keine neuen Züge hinzufügen. Sie hat aber auch hier eine Verfeinerung und größere Objektivität der Untersuchungstechnik gebracht und es ermöglicht, den Spuren epileptischer Veränderung des Geisteslebens nachzugehen, so daß ihre Anwendung zur Entscheidung der Frage, ob latente Epilepsie vorliegt, empfohlen werden kann. Neben der Assoziationsmethode hat sich dazu die Prüfung der Auffassung (unter anderem mit Heilbronners Bildchen) und die Aussageprüfung zum Studium der epileptischen Verstimmungszustände und der larvierten Epilepsie als zweckdienlich erwiesen.

16. Senile Demenz.

Der Gedankengang bei der Diagnose, senile Demenz, wird von dem Vorhandensein oder Fehlen deutlicher somatischer Greisensymptome bestimmt. Im ersten Falle wird sich diese Annahme sofort aufdrängen und die konkurrierenden Diagnosen werden auszuschließen sein; im anderen Falle pflegen meist erst einzelne besondere Züge im Zustandsbild auf die eigentliche Natur des Leidens zu führen. Es ist auch klar, daß der erste Fall meist bei der durch keine akuten Symptome komplizierten sogenannten einfachen senilen Demenz des hohen Alters gegeben ist, während bei akuten Symptomen und niedrigerem Alter die senile Demenz mehr per exclusionem erschlossen wird.

Am schwierigsten gestaltet sich die Unterscheidung der senilen Demenz vom normalen Greisentum. Sie kann bei den immer-

Digitized by Google

hin recht häufigen Greisendelikten auch von großer forensischer Bedeutung werden. Die Differentialdiagnose wird dadurch erschwert, daß auch beim normalen Greise eine Reihe von pathologischen Symptomen auftreten, wie Auffassungsstörungen, Gefühlsanomalien im Sinne abnehmenden Interesses für ungewohnte Eindrücke, egozentrisches Wesen, Überschätzung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Leistungen, Mißtrauen gegen die nächste Umgebung, Gedächtnisschwäche, intellektuelle Ausfälle, gesteigerte Libido, Loquazität, leicht euphorische Grundstimmung. Alle diese Züge können als Äußerung normaler seniler Involution angesehen werden. Zur Annahme einer Geisteskrankheit mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen (Schutz des § 51 RStGB.), eventuell Einleitung der Entmündigung ist man erst dann berechtigt, wenn diese Abweichungen vom Normalen hochgradig sind, also eine ausgesprochene Demenz besteht, oder wenn psychotische Symptome eine geistige Störung beweisen. Die psychische Untersuchung hat daher auf die Feststellung solcher Symptome wie Halluzinationen, Wahnideen, pathologische Affektveränderung, auszugehen. Beim Mangel derartiger Erscheinungen wird die Entscheidung auf die Prüfung der Intelligenz und des Gedächtnisses zu gründen sein. Bei Beurteilung der Intelligenz ist die frühere Leistungsfähigkeit, Kenntnisse, Erfahrungsschatz, sowie das soziale Niveau des Individuums zu berücksichtigen. Endlich ist im Hinblick auf forensische Fragen das moralische Leben zu beachten, Sexualdelikte eines Greises, der früher geordneten Lebenswandel gezeigt, werden ohne weiteres an krankhafte Senilität denken lassen.

Schwere Intelligenzdefekte, die auch zur Zerstörung des alten Besitzes führen, zwingen zur Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und seniler Demenz, die früher erörtert wurde.

Bei großen Gedächtnisdefekten ist an eine Komplikation mit Lues cerebri oder Korsakoffscher Geistesstörung zu denken. Die Unterscheidung von ersterer ist am sichersten durch die 4 Reaktionen zu treffen. Gegenüber der Korsakoffschen Geistesstörung fällt namentlich der Mangel alkoholischer Ätiologie ins Gewicht. Die genaue psychische Untersuchung ergibt Differenzen im Wesen der Gedächtnisstörung bei der Korsakoffschen Psychose und der Presbyophrenie. Im letzteren Falle ist die Lernfähigkeit schwerer als die Merkfähigkeit betroffen. Dem

Digitized by Google

Quantum erlernbarer Worte oder Zahlen sind hier sehr enge Grenzen gezogen; das Maximum wird schon nach wenigen Lesungen erreicht, während bei der Korsakoffschen Psychose bis zu eintretender Ermüdung ein allmählicher, wenn auch kleiner Fortschritt stattfindet. Reproduktionsfehler treten bei der Korsakoffschen Psychose in viel schwererer Form auf als bei der Presbyophrenie. Sinnlose Reproduktionen können bei letzterer nur im Zusammenhang mit schweren Intelligenzdefekten beobachtet werden. Zu erwähnen ist ferner, daß bei der Presbyophrenie vielfach psychische Störungen auftreten, welche der Korsakoffschen Psychose fremd sind, wie Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen.

Die Diagnose der anderen Formen seniler Geistesstörung, die früher in der ätiologischen Übersicht aufgeführt wurden, wird meist auf dem Umwege über jene Geisteskrankheiten erfolgen, deren Wesen diese Symptome ausmachen. Die Diagnose senile Manie wird sich meist in der Weise gestalten, daß man bei einer unproduktiven Manie, die sich in einem einförmigen Gedankenkreise bewegt, sinnlose Ideen produziert, intellektuelle Defekte aufweist, das Bestehen einer Defektpsychose postuliert, bei der das manische Zustandsbild symptomatische Bedeutung hat: progressive Paralyse, Imbezillität, senile Demenz. Die Unterscheidung wird nach den für diese Krankheiten charakteristischen Symptomen zu erfolgen haben. Wichtig ist der Grundsatz, bei Nachweis dementer Züge an einem manischen Individuum jenseits der 40er Jahre auch an die Möglichkeit einer senilen Manie zu denken, die sich in der Prognose wesentlich vom manisch-depressiven Irresein unterscheidet. Ganz analoge Überlegungen sind bei der Diagnose seniler Melancholie zu treffen. Die charakteristischen Züge derselben sind: einförmige Angst, bei der der äußere Ausdruck lebhafter als das Gefühl ist, demente, vielfach hypochondrisch gefärbte Wahnideen, Neigung zu schwachsinniger Selbstbeschädigung.

Die querulierende Manie führt uns zu den paranoiden Formen der senilen Demenz. Die Unterscheidung dieser Formen gestaltet sich bei einmaliger Untersuchung zuweilen schwierig, doch ist ein derartiger Fehler in der Diagnose von keiner großen Tragweite. Wichtiger ist die Abgrenzung der sogenannten senilen Paranoia bzw. des senilen Beeinträchtigungswahnes von anderen paranoiden Krankheitsformen, wie

Digitized by Google

Paranoia chronica (Paraphrenie), Dementia paranoides. Sie hebt sich von ihnen scharf dadurch ab, daß bei ihr der Wahn auf die allernächsten, für das senile Individuum wichtigsten Interressen, nämlich Vermögen und persönliche Sicherheit beschränkt bleibt und daß entsprechend der Denkungsweise derartiger Individuen eine Bedrängung meist von jenen Personen erwartet wird, die objektiv zuletzt in Betracht kommen (Verwandte usw.). Paranoia chronica und Dementia praecox im Alter läßt immerhin noch eine vielseitigere Wahnbildung erkennen. Bei der senilen querulierenden Manie schimmert stets die euphorische Grundstimmung in irgendeiner Weise durch, während der senile Beeinträchtigungswahn meist depressiv gefärbt ist.

Daß eine schärfere Abgrenzung des in neuerer Zeit unterschiedenen, präsenilen Beeinträchtigungswahnes von der Dementia praecox bzw. Schizophrenie nicht möglich ist, beweist die Tatsache, daß die maßgebenden Autoren (Kraepelin, Bleuler) nicht darüber einig sind, ob der präsenile Beeinträchtigungswahn eine eigene Krankheitsform bildet oder der Schizophrenie zugehört.

Von der einfachen senilen Demenz wurden in neuerer Zeit atypische Formen abgegrenzt, denen mehr anatomisches und theoretisches als praktisches Interesse zukommt: die umschriebene senile Hirnatrophie (Pick) und die Alzheimersche Krankheit.

Die von Pick herausgehobenen Fälle zeigen außer dem allgemeinen Bilde seniler Demenz Herdsymptome, agnostische, aphasische, apraktische, ferner Sehstörungen usw., die als Ausdruck einer lokalisierten senilen Hirnatrophie aufzufassen sind. Die Aufstellung der Alzheimerschen Krankheit ging von der klinischen und anatomischen Untersuchung eines Falles aus, bei dem im präsenilen Alter relativ schnell eine schwere Demenz sich entwickelte und deutliche Herdsymptome nachzuweisen waren: Aphasie, Asymbolie. Die anatomische Untersuchung ergab einen Befund, welcher von den anderen in Betracht kommenden Krankheitsprozessen abwich. Zahlreiche Nachuntersuchungen haben die Anschauungen Alzheimers bestätigt.

17. Arteriosklerotische Demenz.

Eine besondere Besprechung der arteriosklerotischen Demenz rechtfertigt sich darum, weil nur bei Kenntnis dieser Krankheitsform gewisse, anscheinend unklare oder atypische Zustandsbilder

Digitized by Google

richtig bewertet werden können und weil das prognostische Urteil unter Berücksichtigung dieser Möglichkeit an Sicherheit gewinnt. Seltener sind es die reinen Bilder arteriosklerotischer Demenz als Symptome anderer Krankheitsformen, welche Anlaß zu diagnostischen Überlegungen geben. Um nun die Züge dieser Krankheitsform in andersartigen Symptomenkomplexen wiederzuerkennen, ist es zweckmäßig, sich das klare Bild der selten reinen Form vor Augen zu halten. Von subjektiven Beschwerden sind besonders Klagen über Kopfschmerz, Schwindel und leichte Ermüdbarkeit charakteristisch. Im Beginn pflegt sich auch hartnäckige Agrypnie unangenehm und beängstigend geltend zu machen. Objektiv zu beobachten ist von psychischen Störungen Rückgang der intellektuellen Leistungen, Abnahme der geistigen Spannkraft und des Interesses. Das gemütliche Verhalten zeigt zu Beginn Reizbarkeit, trübe ängstliche Stimmungsgrundlage, Neigung zur Hypochondrie, die durch subjektive Beschwerden wachgehalten wird. Mit Fortschreiten des Prozesses pflegt Apathie das Zustandsbild zu beherrschen. Früh stellt sich Gedächtnisschwäche ein, für die insbesondere der lakunäre Charakter wesentlich ist, d. h. es sind Spezialgedächtnisse stärker betroffen. Namen, Zahlen und spezielle Interessenkreise erscheinen stärker defekt, während ältere Reminiszenzen in Vordergrund treten. Zu diesen allgemeinen Symptomen, die an sich, falls sie keine größere Höhe erreichen (intellektueller Defekt), noch nicht die Annahme einer Geisteskrankheit berechtigen. treten zeitweilig akute psychotische Symptome, nämlich delirante Bewußtseinstrübungen, paranoide Vorstellungen, Angstaffekt. Von besonderer Bedeutung ist die Erfahrung, daß alle Symptome stark in der Intensität wechseln können. Von somatischen Symptomen sind für die Diagnose des Prozesses von Bedeutung: Parästhesien, Sensibilitätsausfälle kortikaler Natur, Paresen, hemianopische, aphasische, apraktische Störungen, apoplektische Insulte. Von vornherein könnte als entscheidend für die Diagnose die Messung des Blutdruckes angesehen werden; doch kann natürlich erhöhter Druck noch nicht das Bestehen einer Arteriosklerose der Hirnarterien beweisen, da er ja verschiedene Ursachen haben kann und selbst bei sicherer Arteriosklerose peripherer Gefäßgebiete ist immer noch mit der Möglichkeit zu rechnen, daß die Gehirnarterien frei geblieben sind. Man

Digitized by Google

kann also bloß sagen, daß erhöhter Druck im kritischen Alter zu überlegen gibt, ob die bestehenden subjektiven und objektiven Beschwerden nicht auf einer Arteriosclerosis cerebri beruhen.

Nach den erwähnten psychischen Symptomen ist ohne weiteres klar, daß

1. die arteriosklerotische Demenz häufig als Differentialdiagnose in Betracht zu ziehen ist,

2. daß die Entscheidung bloß auf einem Abwägen der Symptome beruhen kann.

Die subjektiven Beschwerden haben eine gewisse Ähnlichkeit mit jenen der Neurasthenie. Gegen diese spricht zunächst das Alter, namentlich wenn Störungen dieser Art in jüngeren Jahren nicht in Erscheinung traten. Entscheidend ist der Nachweis organischer Störungen auf somatischem Gebiet, auf psychischem, von gemütlichen und intellektuellen Defekten. Die Gegenwart von Symptomen dieser Art kann andererseits wieder der Unterscheidung von anderen organischen Prozessen, Paralyse, senile Demenz die größte Schwierigkeit bereiten. Im ersteren Falle kommt nur die einfach demente Form in Betracht, unter den psychischen Symptomen ermöglicht das Erhaltenbleiben der Persönlichkeit, das noch relativ gute Urteil, die Kritik für die eigene Schwäche, der mehr allmähliche psychische Verfall die Diagnose arteriosklerotische Demenz. Zu ihrer Stütze dienen in diesem Fall auch apoplektische Insulte, Mangel von Sprachstörung, Erhaltenbleiben der Pupillenreaktion. Bei der arteriosklerotischen Demenz ist höchstens träge Pupillenreaktion, in unkomplizierten Fällen nie reflektorische Pupillenstarre oder Differenzen in der Pupillengröße zu beobachten. Schwieriger ist die Unterscheidung von Lues cerebri, die selten erst im späteren Alter auftritt. Eine sichere Entscheidung ist hier durch die vier Reaktionen zu erbringen, wobei natürlich die Auswertung des Liquors vorzunehmen ist. Positiver Wassermann im Blute allein ist noch nicht beweisend.

Die Unterscheidung von der senilen Demenz ist praktisch von geringerer Bedeutung und häufig kaum durchzuführen, da sich beide Prozesse superponieren. Reine Fälle von arteriosklerotischer Demenz sind durch die charakteristische Entwicklung, die Stimmungslage und die somatischen Symptome des arteriosklerotischen Prozesses von der senilen Demenz differenzierbar.

Digitized by Google

Gegenüber der klimakterischen Melancholie ist der hypochondrische Charakter, das allen Symptomen eigene demente Gepräge und der bei besonderer Prüfung nachweisbare intellektuelle und Gedächtnisdefekt, die somatischen Erscheinungen der Arteriosklerose und die Tendenz der Krankheit zum schlechten Ausgange in Betracht zu ziehen.

Eine eigene Besprechung erfordert die Unterscheidung von der Simulation, da derartige Fälle sehr kompliziert liegen können. Man muß hier nämlich mit der Möglichkeit rechnen, daß bei dem erwähnten Wechsel in der Intensität der Symptome nach der Tat eine entschiedene Verschlimmerung erfolgt ist, so daß hier also nicht wie bei anderen Formen von Geistesstörung das Verhalten des Individuums bei der Tat einen sicheren Anhaltspunkt für die Entscheidung der Frage, ob Simulation vorliegt, gibt. Die Verschlimmerung kann außer dem Wesen der Krankheit auch noch in der Inhaftierung selbst begründet sein und im besonderen Falle einen Effekt derselben, also eine Wirkung des Shocks bei der Inhaftierung und der sich daran knüpfenden psychischen Prozesse vorstellen. In ersterer Hinsicht kann das frühere Verhalten des Individuums etwa seine psychopathische Konstitution eine derartige Reaktion nahelegen, doch ist zu berücksichtigen, daß das Leiden selbst eine starke psychische Vulnerabilität mit sich bringt. Hinsichtlich des zweiten Punktes ist zu beachten, daß auch Arteriosklerotiker suggestibel und autosuggestibel sind, ferner ist mit psychischen Mechanismen der Verdrängung zu rechnen, also einer durch die Situation bedingten Ausschaltung und Verzerrung von unlustbetonten Erlebnissen. Man hat den bisher noch nicht genügend gewürdigten Fall vor sich, daß eine organische Störung durch eine funktionelle überlagert ist. Eine Klärung derartiger Fälle ist nur durch die nach § 81 StPO. zustehende Beobachtung des Individuums bei ganz sachkundiger Untersuchung zu gewinnen. Wie in allen forensischen Fällen, kommt es auch hier darauf an, aus dem objektiven Befunde das Verhalten des Täters zur Zeit der Tat, auf die sich das Gutachten zu beziehen hat, festzustellen; ferner ist die Art der Handlung zu dem Wesen des Prozesses in Beziehung zu setzen, endlich festzustellen, ob die Arteriosclerosis cerebri tatsächlich einen derartigen Grad erreicht hat, daß durch die so bedingte psychische Störung ein Ausschluß der freien

Digitized by Google

Willensbestimmung erfolgen mußte. Die Beantwortung der letzten Frage wird wie gewöhnlich nach den positiven psychotischen Symptomen und der Größe des Defektes zu geschehen haben. Bezüglich der zweiten Frage ist zu beachten, daß gewisse Strafhandlungen im Rahmen der arteriosklerotischen Demenz gelegen sind, wie Fahrlässigkeit, bedingt durch Apathie, Somnolenz, Gedächtnisdefekt; ähnlich liegt auch der Mechanismus bei der falschen Zeugenaussage und beim Meineid, bei Beleidigung wäre die Reizbarkeit der Arteriosklerotiker zu Beginn des Krankheitsprozesses ins Treffen zu führen usw.; man wird aber sehr kritisch sein müssen, wenn es sich um einen Betrug oder eine ähnliche Tat handelt, die mit Raffinement durchgeführt wurde und damit eine größere intellektuelle Leistungsfähigkeit bezeugt.

Digitized by Google

Sachregister.

A.

Digitized by Google

B.

Digitized by Google

C.

D.

E.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

T.

Digitized by Google

U.

V.

W.

Digitized by Google

Z.

Druck von A. Hopfer, Burg b. M.

Digitized by Google

Digitized by Google

STANFORD UNIVERSITY LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

F DEC 16 '53

Digitized by Google

Anhang.

229183

Digitized by Google

Digitized by Google